Santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique : analyse de la conjoncture

Avril 1999

Joan M. Campbell pour
la Direction générale de la promotion
et des programmes de la santé
Bureau régional - Provinces de l'Atlantique
Santé Canada

TABLE DES MATIÈRES

Résumé

1. Introduction

2. Santé sexuelle et génésique

- Évaluation de l'état de santé sexuelle et génésique
- Infections transmises sexuellement
- Grossesses à l'adolescence
- Insuffisance pondérale à la naissance
- VIH/sida
- Violence sexuelle
- Infertilité
- Profils provinciaux de la santé sexuelle
- Définition des problèmes critiques

3. Initiatives axées sur la santé sexuelle et génésique

- Tour d'horizon des programmes et des initiatives en cours dans les provinces de l'Atlantique
- Analyse des activités relatives à la santé sexuelle et génésique
- Problèmes auxquels s'attaquent les organismes participants
- Application de principes de la santé de la population par les organismes visés par l'enquête
- Lacunes observées dans les activités visées par l'enquête
- Points forts des activités visés par l'enquête
- Défis à relever sur le plan des interventions en santé de la population

4. Conclusion

Références

Bibliographie

Annexe 1 : Organismes visés par l'Analyse de la conjoncture et questions retenant leur attention

Annexe 2 : « Autres questions » qui retiennent l'attention des organismes visés par notre enquête

Annexe 3 : Profils d'activités des provinces

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Cadre d'amélioration de la santé de la population applicable à la santé sexuelle et génésique

Figure 2 : Taux de chlamydiose et de gonorrhée dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, 1995 à 1997

Figure 3 : Taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, en 1984 et en 1994.

Figure 4 : Pourcentage de tous les cas de sida dans les provinces de l'Atlantique et au Canada en date du 30 juin 1998, par catégorie de risque

Figure 5 : Agressions sexuelles dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, 1987-1997

Figure 6 : Problèmes de santé sexuelle et stades de la vie auxquels s'intéressent les organismes participants

Figure 7 : Cadre d'analyse des initiatives axées sur la santé sexuelle et génésique

Figure 8 : Aperçu des activités qui traitent de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés de séropositivité mis en évidence par les tests et année du test, 1982-1998

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de la auteure et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par Joan M. Campbell, qui a travaillé sous contrat pour Santé Canada, sous la supervision de Margie Macdonald.

L'auteure tient à souligner la contribution d'un grand nombre de personnes qui lui ont prodigué des conseils et fourni de l'information lors de la préparation de ce document : Chris Archibald, Joan Campbell, Fiona Chin-Yee, Shiliang Liu, Gord Phaneuf, Konia Trouton et Tom Wong de Santé Canada; Marc Melanson de Statistique Canada; Hope Beanlands, Debra Keays, Diane MacDonald et Rick Manuel du ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse; Janet Bryanton, Teresa Hennebery, Jo-Ann MacDonald et Lamont Sweet du ministère de la santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard; Ivan Brophy, Rachel Roy, Mary Scott, Lynn Swanwick du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick; Ethel Heald, Irene Howlett, Joy Madigan et Faith Stratton du ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve; Becky Attenborough, du Nova Scotia Reproductive Care Program; Tom Howe, de l'Atlantic First Nations AIDS Task Force; Don Langille, de la Dalhousie University; Susan Lilley; Cari Patterson; les membres de la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health et des représentants des 52 organisations de santé sexuelle et génésique qui ont répondu au questionnaire.

Les versions antérieures du rapport ont été revues par Fiona Chin-Yee, Ethel Heald, Teresa Hennebery, Susan Lilley, Margie Macdonald, Keith Neuman, Jane Oram, Mary Scott et Lamont Sweet. L'auteure tient à souligner la pertinence de leurs observations et suggestions.

Les données fournies dans les questionnaires ont été recueillies avec l'aide de Charline Chase, Liz Garland, Laurie Ann Kightly, Phyllis Price et Mary Simpson. L'auteure a également reçu l'appui de Mary Ann Martell, Penny Ormsbee et Elmer Wade, pour la documentation et l'analyse des données.

Toute personne désirant reproduire le présent document peut le faire en mentionnant la source suivante :

Santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique : Analyse de la conjoncture. 1999. Préparé par Joan M. Campbell pour le compte de la Direction générale de la promotion et des programmes de santé, bureau régionale de l'Atlantique, Santé Canada.

This document is also available in English entitled: Environmental Scan of Sexual and Reproductive Health in the Atlantic Provinces.

Résumé

Cet aperçu de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique repose sur des données recueillies pour faciliter le

suivi du document de Santé Canada, *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Les éléments d'information concernant la santé sexuelle et génésique, contenus dans le rapport, ont été structurés et analysés à la lumière d'une approche axée sur la santé de la population.

Notre démarche a consisté à passer en revue les données épidémiologiques relatives à six problèmes de santé ainsi que des renseignements sur les activités de 52 organisations qui oeuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique.

Quels sont les problèmes posés par la santé sexuelle et génésique?

• Dans les provinces de l'Atlantique, les activités sexuelles non protégées représentent un problème important chez les adolescents, d'où les risques d'infections transmises sexuellement (notamment le VIH) et de grossesses non planifiées. Les relations sexuelles non protégées peuvent s'expliquer par l'absence de choix et l'insécurité des jeunes femmes dans leurs relations.

Infections transmises sexuellement (ITS)

• Les ITS sont moins répandues dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du Canada, sauf en Nouvelle-Écosse, où le taux d'incidence de la chlamydiose était supérieur au taux national (113 pour 100 000 habitants) en 1997.

• Depuis quelques années, la chlamydiose et la gonorrhée sont en constante progression dans les quatre provinces de l'Atlantique.

• Les chlamydioses seraient de trois à cinq fois plus répandues chez les femmes que chez les hommes des provinces de l'Atlantique, les sujets les plus à risque étant les jeunes de moins de 25 ans.

Grossesses à l'adolescence

• Au cours de la dernière décennie, les taux de grossesse signalés chez les adolescentes ont quelque peu régressé dans les quatre provinces de l'Atlantique, surtout à Terre-Neuve, et ils sont globalement inférieurs à ceux enregistrés dans le reste du Canada.

• En 1994, toutefois, l'incidence des grossesses chez les adolescentes à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick a presque rejoint le taux national de 49 cas pour 1 000 habitants.

• Les naissances vivantes chez les adolescentes représentent un indicateur plus exact des grossesses dans cette population, puisqu'il est difficile d'assurer un suivi des autres issues des grossesses (surtout des avortements). En 1994, environ 2 600 adolescentes ont mis un enfant au monde dans les provinces de l'Atlantique.

VIH/sida

• Les cas de séropositivité à l'égard du VIH déclarés dans les provinces de l'Atlantique ne rendent pas compte des taux d'infection réels, ce qui s'explique par le phénomène de la migration : de nombreux résidents des provinces de l'Atlantique, infectés par le VIH, subissent un test de détection ailleurs, mais réintègrent leur province d'origine pour recevoir des traitements et des soins.

• Les hommes qui ont des relations homosexuelles représentent la majorité des cas de VIH/sida dans les provinces de l'Atlantique, mais les nouvelles infections à VIH sont en régression dans ce groupe, sauf chez les jeunes hommes.

• Les relations hétérosexuelles représentent la catégorie de risque lié à l'infection à VIH qui progresse le plus rapidement dans les provinces de l'Atlantique, surtout à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick. L'infection à VIH gagne du terrain chez les femmes et les utilisateurs de drogues injectables de la région.

Le VIH/sida chez les Autochtones

• Selon les intervenants qui s'occupent des Autochtones, les taux d'infection à VIH et de sida sont élevés dans les populations autochtones de la région, mais il n'existe pas de données statistiques qui permettraient de quantifier le phénomène.

• On semble avoir observé que les Autochtones qui, ayant subi un test de détection du VIH dans une autre partie du pays, se découvrent séropositifs, regagnent leur réserve dans les provinces de l'Atlantique pour recevoir des soins.

• La fréquence des relations sexuelles non protégées signalée par des taux apparemment élevés d'ITS et de grossesse chez les

adolescentes autochtones, conjuguée à la présence d'un nombre proportionnellement élevé de jeunes dans la population autochtone, sont des signes avant-coureurs d'une future propagation de l'infection à VIH chez les Autochtones des provinces de l'Atlantique.

• La progression du VIH par le biais des relations hétérosexuelles et de l'utilisation de drogues injectables représente un problème encore plus aigu pour les Autochtones que pour l'ensemble de la population. Les femmes autochtones figurent parmi les sujets les plus susceptibles d'être infectés par le VIH.

Violence sexuelle

• Les cas déclarés d'agression sexuelle sont considérablement plus élevés dans les provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada, quoique l'incidence des agressions signalées ait chuté entre 1992 et 1997. En 1997, environ 3 100 cas d'agression sexuelle ont été déclarés à la police dans les provinces de l'Atlantique.

• Le nombre de cas d'agression sexuelle est proportionnellement beaucoup plus élevé à Terre-Neuve que dans les autres provinces de l'Atlantique, et une fois et demie plus élevé que dans tout le Canada.

• Seule une infime proportion des cas d'agression sexuelle est signalée. Parmi les cas déclarés, les trois quarts touchent les enfants et les jeunes.

Problèmes critiques posés par la santé sexuelle

• Les problèmes les plus critiques liés à la santé sexuelle et génésique sont ceux qui ont des conséquences irréversibles et durables, surtout chez les enfants.

• À la base de la plupart des problèmes de santé sexuelle et génésique figurent les inégalités attribuables à la pauvreté, à l'isolement social, au manque d'instruction et de soutien, à la marginalisation des Autochtones et d'autres populations.

• Les taux élevés de relations sexuelles non protégées chez les jeunes de la région posent des risques liés aux ITS, aux grossesses non planifiées et à l'exposition au VIH.

• Dans les provinces de l'Atlantique, les principaux problèmes de santé sexuelle et génésique sont ceux qui touchent les enfants et les jeunes exposés à des facteurs de risque sociaux et économiques : les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence et les ITS. Les deux derniers facteurs sont aussi des indicateurs de comportements à risque qui augmentent l'exposition au VIH.

• Les problèmes de santé sexuelle qui touchent les adultes, surtout les femmes, sont également critiques : taux global élevé d'agressions sexuelles et progression rapide du VIH par le biais de relations hétérosexuelles et de l'utilisation de drogues injectables.

Que fait-on pour remédier à ces problèmes dans les provinces de l'Atlantique?

Une enquête a été menée auprès de cinquante-deux (52) organisations de la région pour déterminer ce qu'elles font en réponse aux problèmes posés par la santé sexuelle et génésique. On a cherché ici à rendre compte d'une sélection raisonnable des principales initiatives axées sur la promotion et la prévention en matière de santé sexuelle et génésique.

Efforts menés en réponse aux problèmes critiques

• L'accent est surtout mis sur les problèmes les plus critiques. En effet, la majorité des organisations interrogées s'attaquent à de multiples questions, mais toutes érigent en priorité la violence sexuelle et le VIH/sida.

• Bon nombre des organisations interrogées visent tous les groupes d'âge, mais les efforts sont essentiellement axés sur les jeunes, et presque tout autant sur les adultes. Les enfants et les personnes âgées ne sont pas négligées, mais ne représentent pas les principaux groupes cibles de la plupart des activités de prévention et de promotion.

• Étant donné les problèmes critiques que posent le VIH/sida et la violence sexuelle dans la région, certaines provinces ont mis au point des façons très structurées d'aborder ces questions. Des initiatives pluridimensionnelles et intersectorielles ont été mises sur pied, surtout à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, et pourraient servir de modèles ailleurs.

Une approche fondée sur le concept de santé de la population

• La majorité des organisations interrogées connaissent les notions de santé de la population et de déterminants de la santé, et cherchent explicitement ou implicitement à appliquer dans leur travail une approche axée sur la santé de la population.

• Ces organisations font appel à divers mécanismes pour parvenir à leurs fins, soit aussi bien la prestation de services et la sensibilisation que la formation, le renforcement des capacités, la recherche et l'élaboration de politiques. La plupart des organisations ont recours à la collaboration sectorielle, certaines optent pour la collaboration intersectorielle.

• Au nombre des stratégies axées sur la santé de la population, qui peuvent servir aux fins de la santé sexuelle et génésique, figurent aussi bien des initiatives adaptées aux besoins des individus que celles qui tiennent compte de la collectivité, des activités destinées à exercer une influence sur les familles, les collectivités, l'accès aux services, les valeurs de la société et les conditions socio-économiques. Les organisations interrogées misent essentiellement sur des stratégies qui visent à améliorer les habitudes de vie, les compétences et les capacités des individus sur le plan de la santé.

Quels sont les défis posés par l'application d'approches axées sur la santé de la population dans le secteur de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique?

• Il n'existe pas d'éléments d'information fiables concernant l'état de santé sexuelle des groupes marginalisés des provinces de l'Atlantique, surtout des populations autochtones. Il s'agit là d'un obstacle important à la mise en oeuvre d'une démarche axée sur la santé de la population, et qui doit être surmonté si l'on veut améliorer la santé sexuelle et génésique à l'intérieur de ces groupes.

• La plupart des initiatives relatives à la santé sexuelle et génésique décrites ici sont menées en milieu urbain, même si les conditions de vie dans les régions rurales et éloignées des provinces de l'Atlantique limitent les possibilités d'accès à une santé sexuelle et génésique optimale. L'amélioration de l'état de santé sexuelle et génésique des personnes vivant dans les régions rurales des provinces de l'Atlantique représente un autre défi de taille à relever.

• La plupart des organisations non gouvernementales qui oeuvrent dans le secteur de la santé sexuelle et génésique arrivent à peine à survivre à l'aide des fonds affectés à leurs projets. Il importe de trouver d'autres moyens de concevoir et de soutenir les activités de ces organisations qui visent la santé de la population.

• À l'heure actuelle, on s'emploie très peu à appliquer une démarche en amont au chapitre de la santé de la population, autrement dit, à mettre l'accent sur l'origine, et non sur l'aboutissement, de la chaîne causale qui détermine l'état de santé. L'adoption d'une démarche en amont représente le plus grand défi lié à la mise en oeuvre d'une approche centrée sur la santé de la population dans le secteur de la santé sexuelle et génésique. Elle suppose un engagement et un appui à tous les niveaux.

1. Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la « santé sexuelle » désigne «...l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour...(la santé sexuelle suppose) ....la réunion de trois conditions fondamentales : ...être capable de jouir, avec pleine maîtrise, d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle...être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle...être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices »[1].

L'étude réalisée par Santé Canada, *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*[2], est un document stratégique qui présente un cadre de référence pour l'intervention en santé sexuelle et génésique qui doit être mis en oeuvre avec des partenaires du gouvernement et de l'extérieur pour maintenir, protéger et promouvoir la santé sexuelle des Canadiens et des Canadiennes. C'est dans le but de faciliter l'application du *Cadre de référence* dans la région de l'Atlantique que Santé Canada a fait réaliser cet aperçu de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique.

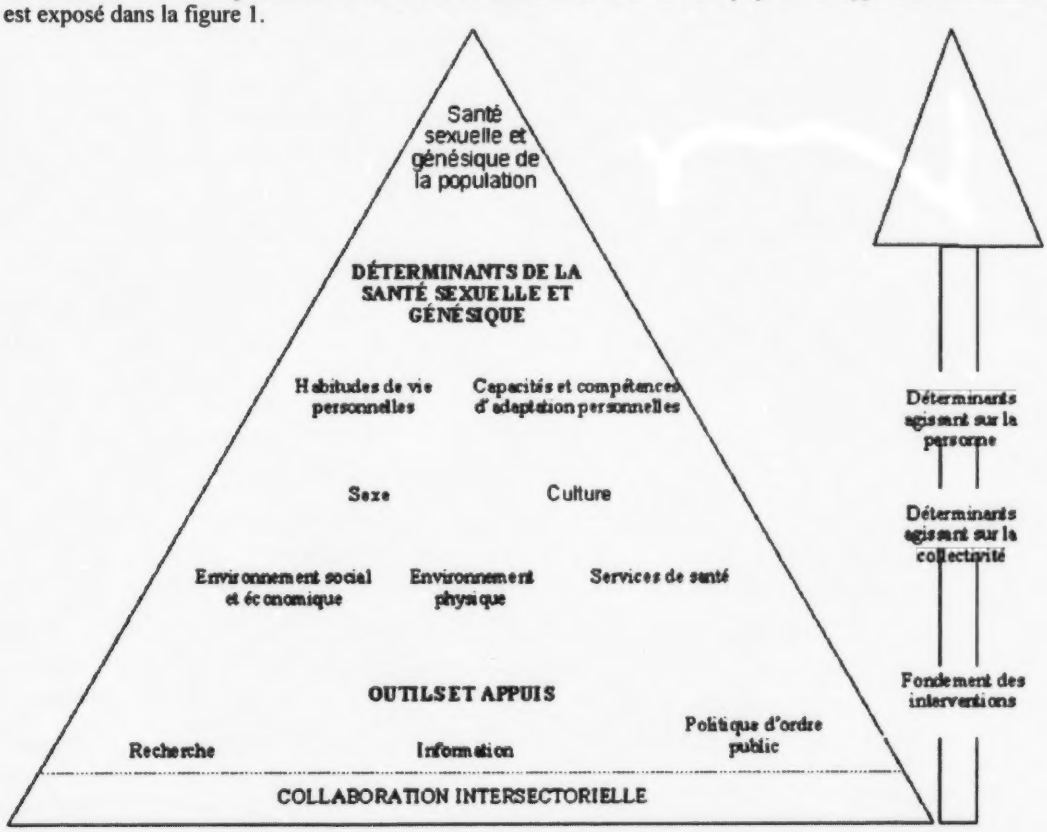
1.1 Cadre d'amélioration de la santé de la population applicable à la santé sexuelle et génésique

Si l'on se fie au document intitulé *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique,* malgré les progrès observés ces vingt dernières années au chapitre de la santé génésique, les taux de problèmes critiques liés à la santé sexuelle demeurent exagérément élevés au Canada. Le *Cadre de référence* met en évidence six

aspects de la santé sexuelle et génésique considérés comme des problèmes importants auxquels on devrait s'attaquer par le biais de la prévention : le VIH/sida, les infections transmises sexuellement (ITS)[3], l'insuffisance pondérale à la naissance, la grossesse à l'adolescence, l'infertilité et la violence sexuelle.

Le *Cadre de référence* repose sur une approche axée sur la santé de la population, une perspective qui reconnaît l'importance primordiale des grands facteurs sociaux et économiques comme déterminants de la santé et du bien-être. Les six problèmes évoqués plus haut sont les conséquences pour la santé de décisions prises et de choix exercés (ou non) à divers stades de la vie à propos de la sexualité et de la procréation. L'expression sexuelle de l'individu dépend d'une série de déterminants inter-reliés, notamment : les conditions socio-économiques (comme l'instruction, le revenu et le soutien social); les facteurs liés à l'environnement physique; l'accès aux services de santé; l'attribution des rôles selon le sexe et la culture, les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles et les attitudes et valeurs de la famille, de la collectivité et de la société. On a choisi d'agir sur ces déterminants par le biais de la recherche, de l'information et des politiques publiques, initiatives qui dépendent de la collaboration entre de nombreux secteurs.

L'état de santé sexuelle dépend de ces forces qui agissent sur des populations entières. Dans un cadre d'amélioration de la santé de la population, les différences sur le plan de la santé sexuelle et génésique peuvent être rattachées à des facteurs liés à la santé de la population, notamment la pauvreté, le manque d'instruction, l'itinérance, le manque de soutien des familles et des collectivités, comme nous le verrons plus loin. Un cadre d'amélioration de la santé de la population applicable à la santé sexuelle et génésique est exposé dans la figure 1.



Adapté de : Stratégies d'amélioration de la santé de la population :

Investir dans la santé des Canadiens (1994)[4]

1.2 Méthodologie et présentation du rapport

Cette analyse de la conjoncture (une vaste enquête et analyse de données existantes et une collecte de nouvelles données) vise à obtenir de l'information sur la santé sexuelle et les initiatives en cours dans les provinces de l'Atlantique, par la collecte de renseignements descriptifs concernant les programmes et les activités. Les données épidémiologiques permettent de dresser un bilan statistique de ces questions liées à la santé sexuelle dans les provinces et d'obtenir une idée des problèmes qui méritent un examen plus approfondi. Si l'on veut expliquer les tendances et dégager les priorités provinciales, il faudra entreprendre une étude plus poussée, de concert avec les intervenants provinciaux. L'analyse des données relatives aux programmes fait ressortir les points

forts actuels et détermine des possibilités de partenariat et d'intervention, conformément au *Cadre de référence.*

Ce rapport a été conçu davantage comme une source d'information destinée à susciter une réflexion et des discussions que comme un document de référence complet sur la santé sexuelle et génésique. Il est divisé en quatre sections. La section 1, soit l'introduction, traite de l'application d'un cadre d'amélioration de la santé de la population aux questions posées par la santé sexuelle et génésique. La section 2 présente des données statistiques sur six variables clés liées à la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique. La section 3 rend compte des données sur des programmes provenant de l'ensemble des provinces de l'Atlantique. Les activités en cours sont analysées dans l'optique des principes et des orientations stratégiques exposés dans le *Cadre de référence.* La dernière partie met en relief les points forts des programmes et les défis posés par la mise en oeuvre du *Cadre de référence.* La section 4 présente les conclusions.

2. Santé génésique

Cette section présente des données statistiques sur six problèmes importants liés à la santé sexuelle et génésique, définis dans le *Cadre de référence.* Pour commencer, elle analyse les sources de données épidémiologiques sur les problèmes liés à la santé sexuelle et génésique : le VIH/sida, les ITS (chlamydiose, gonorrhée, syphilis), les grossesses à l'adolescence, l'insuffisance pondérale à la naissance, la violence sexuelle et l'infertilité. Comme un aperçu de l'état de santé dans les quatre provinces de l'Atlantique implique des comparaisons provinciales et nationales, il est important de tenir compte de certaines des difficultés que posent de telles comparaisons, comme on le verra ci-dessous.

Les sous-sections réservées à chacune des six questions renferment des données sur les tendances nationales, exposent les problèmes d'évaluation et mettent en évidence les facteurs de risque. Dans la plupart des cas, les renseignements fournis sur les facteurs de risque et les maladies reposent sur des recherches réalisées à l'échelle nationale, ou à l'extérieur de la région de l'Atlantique. Les mêmes risques sont valables pour les provinces de l'Atlantique, bien que leur intensité ne soit pas nécessairement la même qu'ailleurs au Canada (p. ex. la taille des populations de jeunes, les taux de faible revenu, de sous-scolarisation, de chômage, d'abus de substances, d'itinérance, etc.). Un profil de l'état de santé sexuelle observé dans chacune des provinces de l'Atlantique est dressé ci-après. Pour conclure, la section 2 propose des critères à prendre en considération pour reconnaître les problèmes de santé sexuelle critiques et met en relief les problèmes les plus aigus de la région de l'Atlantique.

2.1 Évaluation de l'état de santé sexuelle et génésique

Une description de l'état de santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique implique la collecte de données épidémiologiques sur les six problèmes susmentionnés. Il va de soi que la pertinence de la description et des conclusions de l'analyse dépend pour beaucoup de la qualité et l'accessibilité des éléments d'information.

Cette analyse de la conjoncture mise beaucoup sur les données recueillies à l'échelle nationale, qui permettent des comparaisons entre les quatre provinces de l'Atlantique et l'ensemble du Canada[5]. Les éléments d'information sur quatre des variables ont été tirés de quatre bases de données nationales sur la santé (soit sur le VIH/sida, les ITS, les grossesses à l'adolescence et l'insuffisance pondérale à la naissance). Ces déterminants sont soumis à une surveillance à l'échelle nationale, par le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada. Les données obtenues des registres des hôpitaux et des responsables de la santé publique dans chaque province sont communiquées à Santé Canada. Il est possible que la façon de procéder pour enregistrer les données varie d'un hôpital, d'un service de santé publique et d'une province à l'autre, mais ces différences sont dans la plupart des cas minimes. En règle générale, les éléments d'information sont relativement comparables d'une province à l'autre, et permettent d'établir des comparaisons entre les provinces et avec l'ensemble du pays.

Même dans le cas des problèmes de santé qui doivent obligatoirement être déclarés, des données fiables ne sont pas systématiquement recueillies sur les sous-populations touchées. Il est fréquent que les systèmes de collecte de données sur la santé ne tiennent pas compte des groupes qui sont marginalisés dans notre société, notamment les minorités ethniques, les personnes handicapées, les gais et les lesbiennes, les sans-abri. Les risques de problèmes de santé sexuelle et génésique (et bien d'autres problèmes de santé) sont considérablement plus élevés au sein de ces groupes marginalisés que dans l'ensemble de la société canadienne, ce qui tient aux inégalités qui les empêchent d'accéder pleinement aux avantages socio-économiques de la société. Bien que les groupes marginalisés présentent des taux de risque plus élevés, les données qui les concernent ne sont généralement pas regroupées séparément. Il est impossible de distinguer ces groupes dans les rapports statistiques, de sorte qu'il est impossible de quantifier avec exactitude leur état de santé sans entreprendre d'enquêtes spéciales coûteuses. Il arrive que les groupes d'intérêts spéciaux recueillent systématiquement des renseignements sur ces catégories de personnes, mais il s'agit généralement de données d'envergure nationale. Pour l'instant, et pour les besoins de cette étude sur les provinces de l'Atlantique, les renseignements sur la santé sexuelle et génésique qui concernent les groupes marginalisés sont essentiellement d'ordre anecdotique.

Dans le cas des deux autres problèmes (la violence sexuelle et l'infertilité), l'évaluation de l'état de santé pose des défis plus grands. Même si le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* considère la violence sexuelle comme un problème de *santé*, la violence sexuelle ne se mesure pas selon des critères

qui relèvent du domaine de la santé mais d'après les définitions et les procédures propres à la justice pénale et les critères relatifs à la déclaration d'actes criminels. Les cas de violence sexuelle, lorsqu'ils sont déclarés, sont enregistrés comme statistiques relatives à la criminalité. On trouvera sous la rubrique 2.6 une analyse plus détaillée des problèmes d'évaluation.

L'infertilité pose encore d'autres problèmes d'évaluation, dont il sera question sous la rubrique 2.7 ci-dessous.

2.2 Infections transmises sexuellement

Les infections transmises sexuellement (ITS) s'entendent des infections d'origine bactérienne ou virale qui se propagent par les relations sexuelles. Les ITS les plus répandues sont la chlamydiose, la gonorrhée et la syphilis. Au nombre des ITS d'origine virale figurent l'herpès génital, les infections dues au papillomavirus humain (HPV), les infections virales transmises par le sang, le VIH et l'hépatite B. La chlamydiose, la gonorrhée et la syphilis sont assujetties à une surveillance nationale, les responsables de la santé publique étant tenus de signaler et d'enregistrer les cas diagnostiqués. Ainsi, on possède des renseignements passablement fiables sur ces infections, du moins en ce qui concerne les cas diagnostiqués[6].

Si l'on fait abstraction du VIH et de l'hépatite B, les ITS d'origine virale ne sont pas uniformément déclarées par les responsables de la santé publique des quatre coins du Canada. Comme ils durent longtemps, peuvent être diagnostiqués à n'importe quel stade dans leur cycle de vie, et puisqu'il est rarement possible d'obtenir un diagnostic approprié, le HPV et l'herpès génital sont des phénomènes difficiles à quantifier, d'où l'intérêt limité des données fournies dans ce rapport.

Depuis vingt ans, on assiste à un recul des infections transmises sexuellement, ce qui s'explique par l'amélioration de la détection et des traitements. Malgré tout, les ITS demeurent un problème de santé publique important parce que leurs répercussions sur la santé sexuelle et génésique peuvent être graves et durables. Les ITS peuvent entraîner diverses complications, notamment : les atteintes inflammatoires pelviennes, la stérilité tubaire, les grossesses ectopiques, les avortements spontanés et les mortinaissances, les accouchements prématurés, la transmission de l'infection de la mère au foetus et le cancer du col utérin[7]. Selon de récentes études, la chlamydiose peut engendrer des cardiopathies[8].

Outre ces complications, il semblerait, selon les recherches, que les risques d'infection par le VIH sont de deux à cinq fois plus élevés chez les personnes atteintes d'une ITS, surtout d'une ITS qui peut provoquer des ulcérations, comme l'herpès génital et la syphilis[9]. D'après les estimations, la prise en charge des ITS et de leurs conséquences représente des centaines de millions de dollars en dépenses annuelles au Canada[10].

Les risques liés aux ITS découlent principalement des facteurs suivants : des antécédents d'ITS, la pauvreté, la jeunesse (moins de 25 ans), l'itinérance, le fait de travailler dans l'industrie du sexe, la vie en milieu urbain, l'accès restreint aux services de santé, la vie en milieu pénitentiaire, l'abus de substances et les agressions sexuelles[11].

2.2.1 Chlamydiose

La chlamydiose est à la fois l'ITS la plus répandue et la maladie transmise sexuellement la plus couramment signalée en Amérique du Nord[12]. Bien que le taux de chlamydiose ait chuté de 30 % entre 1991 et 1995 au Canada, le taux d'incidence annuel des cas diagnostiqués en 1995, soit 129 cas pour 100 000 habitants, est bien en-deçà de la réalité[13]. Chez les Canadiennes âgées de 15 à 19 ans, l'incidence de la chlamydiose était de 1 109 cas pour 100 000 habitants en 1995[14].

Comme bon nombre des cas de chlamydiose sont bénins et ne présentent aucun symptôme, ils ne sont jamais détectés ni signalés. Comparativement aux femmes, les hommes sont proportionnellement bien moins nombreux à se soumettre à un examen de dépistage systématique (p. ex. le test annuel de Papanicolaou) qui peut aboutir à la détection et au traitement de la chlamydiose. C'est pourquoi ce genre d'infections ne sont souvent ni détectées ni traitées chez les hommes.

Les jeunes de moins de 25 ans constituent le principal groupe à risque pour les chlamydioses. On estime à 79 % la proportion de jeunes Néo-Écossais âgés de 14 à 24 ans qui sont sexuellement actifs : 60 % ont eu des rapports sexuels avant 16 ans. De ceux qui sont sexuellement actifs, 57 % ne prennent pas toujours de moyens pour éviter les grossesses et les ITS[15]. Les taux d'activité sexuelle sont sans doute encore plus élevés chez les jeunes décrocheurs, les jeunes à faible revenu et les jeunes de la rue. Ces tendances s'observent également dans les autres provinces de l'Atlantique : les taux d'activités sexuelles non protégées sont élevés chez les adolescents, de sorte que cette population est à risque non seulement à l'égard des ITS mais aussi en ce qui concerne le VIH et les grossesses non désirées[16]. Selon les intervenants en santé qui s'occupent d'adolescentes, les jeunes femmes n'ont pour ainsi dire guère de choix en ce qui concerne le recours à des méthodes de protection, étant donné l'« insécurité » liée à leurs relations. Ainsi, beaucoup de jeunes femmes considèrent que les conséquences de l'absence de protection sont moins graves que

les possibles réactions de partenaires réticents, enclins à la violence.

D'autres groupes qui présentent un risque élevé d'infection à chlamydia sont ceux qui comptent des partenaires sexuels multiples (surtout les travailleurs de l'industrie du sexe), les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes de la rue, et ceux qui ont des relations sexuelles non protégées. Les groupes tels que les utilisateurs de drogues injectables et les jeunes de la rue, qui ne font pas l'objet d'un suivi médical, sont particulièrement susceptibles de présenter une chlamydiose qui n'est ni détectée ni traitée[17].

Dans les provinces de l'Atlantique, les taux de chlamydiose étaient comparables, sinon inférieurs, au taux national en 1995. La figure 2 indique les taux d'infection dans les quatre provinces de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada de 1995 à 1997[18]. C'est à Terre-Neuve que l'on enregistre les taux d'infection les plus faibles, mais l'incidence de la chlamydiose a presque doublé dans cette province entre 1996 et 1997, passant de 275 à 336 cas déclarés. Les taux nationaux ont légèrement régressé au cours de la même période. L'incidence de la chlamydiose à l'Île-du-Prince-Édouard n'a cessé d'augmenter au cours des trois années, le nombre de cas déclarés s'établissant à 139 en 1997, alors qu'elle a légèrement fléchi au Nouveau-Brunswick entre 1996 et 1997 (833 à 819 cas déclarés). Terre-Neuve, qui affiche les taux records dans la région, a également enregistré un taux de chlamydiose plus élevé en 1997 (1 127 cas déclarés) que l'année précédente. En Nouvelle-Écosse, le taux était supérieur au taux national en

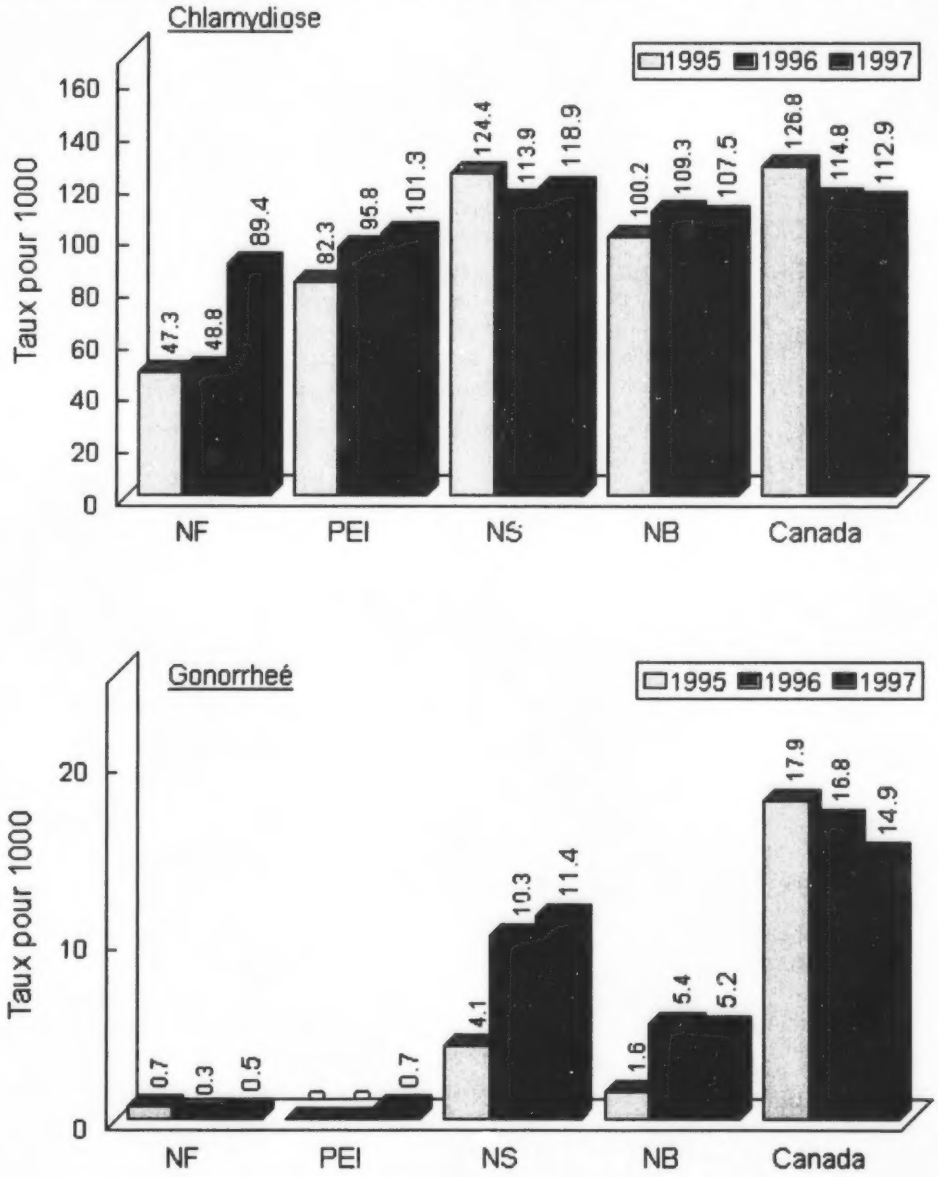


Figure 2 : Taux de chlamydiose et de gonorrhée dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, 1995 à 1997

1997.

Conformément à la tendance qui se dégage à l'échelle nationale, les taux de chlamydiose sont de trois à cinq fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, dans les provinces de l'Atlantique. La grande majorité des cas de chlamydiose signalés dans la région touchent les femmes de 15 à 25 ans.

2.2.2 Gonorrhée

Les cas signalés de gonorrhée n'ont cessé de diminuer au Canada et ailleurs, depuis plus de deux décennies. En 1995, le taux national d'infections déclarées était de 17,9 cas pour 100 000 habitants. Les groupes les plus exposés sont les femmes et les hommes âgés de 15 à 25 ans, les taux d'infection dans ces groupes étant quatre fois plus élevés que les taux globaux[19].

Après avoir régressé de manière constante au cours des années 80 et au début des années 90, les taux de gonorrhée ont recommencé à grimper en 1995. La figure 2 montre les taux de gonorrhée dans les quatre provinces de l'Atlantique et au Canada entre 1995 et 1997. Si l'incidence de l'infection a chuté de manière constante au Canada au cours des trois années, elle a augmenté considérablement en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick de 1995 à 1996, et est demeurée élevée en 1997. Elle a suivi une courbe ascendante à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve de 1996 à 1997. Là encore, les taux sont le plus élevés en Nouvelle-Écosse, où l'on a enregistré 108 cas en 1997. Un cas de gonorrhée a été signalé à l'Île-du-Prince-Édouard en 1997, contre trois à Terre-Neuve. Le taux enregistré au Nouveau-Brunswick, soit 5,2 cas pour 100 000 habitants, représentait 47 cas.

Dans l'ensemble, les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes à présenter une gonorrhée, mais dans les provinces de l'Atlantique, l'incidence chez les femmes âgées de 15 à 25 ans était de deux à trois fois supérieur à celle enregistrée chez les hommes.

2.2.3 Syphilis

Encore plus que la gonorrhée, la syphilis est en voie de devenir rapidement un phénomène du passé. Le taux national de syphilis en 1995 était de 0,5 cas pour 100 000 habitants. L'incidence est le plus élevée dans le groupe des 20 à 29 ans. D'après les données recueillies aux États-Unis, les sujets les plus à risque sont les jeunes qui se prostituent pour obtenir de la drogue, mais ce fait n'a pas été confirmé au Canada[20].

En 1997, un cas de syphilis a été signalé dans les provinces de l'Atlantique (soit à Terre-Neuve), et six cas seulement avaient été déclarés dans la région au cours des deux années précédentes[21].

2.3 Grossesses à l'adolescence

En 1994, environ 25 000 grossesses enregistrées chez des filles de 15 à 19 ans ont abouti à des naissances vivantes. On estime qu'un nombre presque égal de grossesses chez des adolescentes se sont soldées par un avortement, et un faible pourcentage par des fausses couches et des mortinaissances[22]. Il est difficile, en se fiant à des variables autres que les naissances vivantes, d'obtenir une estimation exacte de l'incidence des grossesses à l'adolescence. L'absence de données fiables sur les avortements pratiqués à l'extérieur de la province d'origine et dans les cliniques limite la capacité des responsables de la santé de bien des provinces d'estimer l'incidence des grossesses à l'adolescence. C'est pourquoi certaines provinces (par exemple le Nouveau-Brunswick) renoncent à procéder à de telles estimations, et choisissent plutôt de se fier à des indicateurs « du rendement », soit à des mesures exactes et fiables telles que les naissances vivantes chez les adolescentes.

Bien que le taux estimatif de grossesse chez les adolescentes au Canada soit inférieur à ce qu'il était il y a vingt ans, cette tendance à la baisse amorcée à la fin des années 70 s'est stabilisée au cours de la dernière décennie. Parmi les pays développés, le Canada affiche un taux élevé de grossesse chez les adolescentes, en comparaison des Pays-Bas, de la Finlande et de la Suède[23]. Les groupes les plus exposés sur ce plan sont les adolescentes à faible revenu, surtout les jeunes autochtones. Selon les responsables de la santé publique, dans bien des cas, ce n'est pas le manque d'information qui explique que les jeunes femmes n'aient pas recours à des pratiques sexuelles sans risque, mais plutôt la crainte (parfois fondées) des conséquences que pourraient leur faire subir des partenaires réticents.

Les grossesses chez les filles de moins de 19 ans sont associées à un risque accru d'accouchement prématuré, de certaines malformations congénitales et d'insuffisance pondérale à la naissance. En outre, pour la plupart des mères adolescentes, la perte des possibilités de poursuivre des études et de trouver un emploi se traduit généralement par une situation socio-économique défavorable et par une dépendance à l'égard de l'assistance sociale. La probabilité que les enfants nés de mères adolescentes soient

élevés dans la pauvreté est élevé.

En 1994, les taux de grossesse étaient deux fois plus élevés chez les adolescentes plus âgées (18 à 19 ans) que chez les plus jeunes (15 à 17 ans). Au Canada, le taux était de 76 cas pour 1 000 chez les adolescentes plus âgées contre 30 cas pour 1 000 chez les plus jeunes, en 1994. La vaste majorité des mères adolescentes ne sont pas mariées[24].

La figure 3, qui indique les taux de grossesse chez les adolescentes plus jeunes et plus âgées dans les quatre provinces de l'Atlantique, montre l'évolution des tendances relatives aux taux de grossesse et à l'issue des grossesses chez les adolescentes des provinces de l'Atlantique entre 1984 et 1994.

Comme le fait ressortir la figure 3, les taux de grossesse chez les adolescentes des provinces de l'Atlantique étaient plus faibles que dans le reste du Canada en 1994. C'est en Nouvelle-Écosse qu'ils étaient le plus élevés et à l'Île-du-Prince-Édouard, le plus faibles. Entre 1984 et 1994, la chute la plus marquée des taux de grossesse à l'adolescence (une baisse de 15 points de pourcentage, qui représente une diminution de 30 %) a été enregistrée à Terre-Neuve. Le recul a été moins prononcé, mais néanmoins important, à l'Île-du-Prince-Édouard, soit d'environ 8 points de pourcentage (19 %).

En revanche, au cours de la même décennie, le taux a augmenté d'environ 4 points de pourcentage (11 %) au Nouveau-Brunswick, et n'a pour ainsi dire pas changé en Nouvelle-Écosse. Depuis 1994, cependant, le taux n'a cessé de fléchir au Nouveau-Brunswick, chutant à 25,4 cas pour 1 000 en 1997[25]. Les autres provinces font également état d'une certaine diminution du nombre de naissances vivantes chez les adolescentes depuis 1994.

Au cours de 1984 à 1994, le taux de naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans a chuté à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, mais est demeuré sensiblement le même en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Les taux de naissances vivantes chez les adolescentes étaient moins élevés dans les provinces de l'Atlantique qu'au Canada en 1994. Et si les taux d'avortements pratiqués en milieu hospitalier auprès d'adolescentes dans les quatre provinces de l'Atlantique représentaient moins du quart du taux national, les taux régionaux et nationaux de mortinaissances et de fausses couches se rejoignaient.

Comme les avortements pratiqués en clinique sont devenus plus accessibles dans trois des quatre provinces de l'Atlantique entre 1984 et 1994, les taux d'avortement en milieu hospitalier sont sans doute en-deçà du taux global d'avortements subis par les adolescentes dans les provinces de l'Atlantique. La baisse de l'incidence des naissances vivantes, des fausses couches et des mortinaissances chez les adolescentes tient sans doute au fait qu'une plus forte proportion de grossesses dans cette population se soldent par un avortement, mais on ne dispose pas de données à l'appui de cette conclusion.

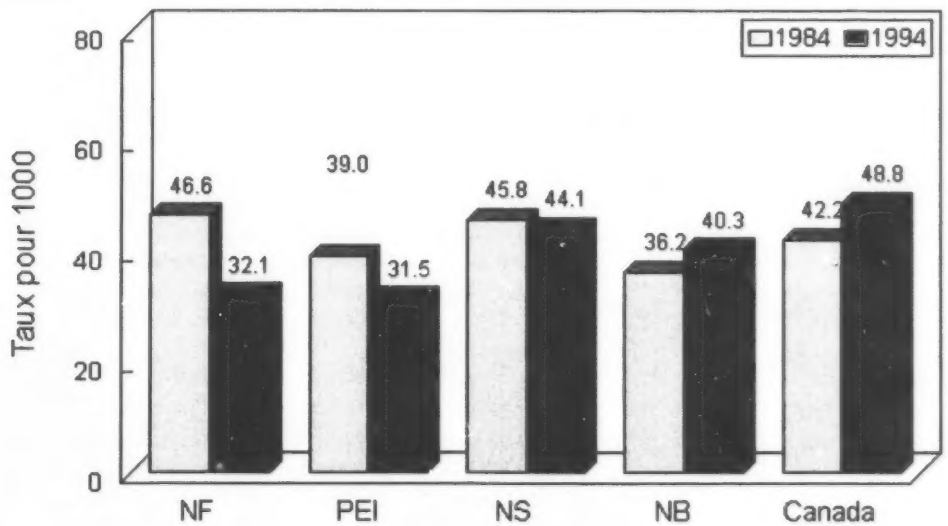


Figure 3 : Taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, en 1984 et en 1994.

Source : Statistique Canada

Étant donné la gravité et la durabilité des conséquences des grossesses à l'adolescence qui aboutissent à des naissances vivantes, il n'y a aucune raison de s'enorgueillir des taux indiqués ici. Malgré le recul de l'incidence des grossesses à l'adolescence observé dans les provinces de l'Atlantique au cours des 10 à 15 dernières années, le taux régional de naissances vivantes en 1994, soit 29,5 cas pour 1 000, enregistré chez les mères âgées de 15 à 19 ans représente environ 2 600 mères adolescentes et 2 600 enfants nés dans des circonstances marginales en une seule année.

2.4 Insuffisance pondérale à la naissance

Le poids à la naissance constitue l'un des meilleurs indicateurs des chances de survie d'un nouveau-né[26]. Les Nations Unies se servent des moyennes nationales de poids à la naissance comme indicateur de l'état de santé de la population d'un pays. Les nouveau-nés qui pèsent moins de 2 500 grammes ont des chances de survie moindres et des risques de problèmes de santé plus élevés au cours de leur vie comparativement aux autres bébés. Cinq pour cent des bébés nés au Canada présentent un faible poids à la naissance. Ce chiffre est quelque peu plus élevé qu'il y a 15 ou 20 ans[27].

Avec l'évolution des soins prénatals, beaucoup de grossesses qui auraient auparavant abouti à une fausse couche ou à une mortinaissance se soldent maintenant par la naissance d'un bébé de petit poids. Ce phénomène explique en partie pourquoi les taux d'insuffisance pondérale à la naissance n'aient pas diminué au Canada au cours des 10 à 15 dernières années. L'augmentation proportionnelle du nombre de mères plus jeunes (moins de 20 ans) et plus âgées (plus de 40 ans) a aussi contribué à la progression du phénomène de l'insuffisance pondérale à la naissance. L'insuffisance pondérale à la naissance est associée à plusieurs facteurs de risque, notamment le faible revenu[28], les premières naissances, le tabagisme chez la mère, l'absence de soins prénatals, un faible niveau de scolarisation et la pauvreté[29].

Entre 1985 et 1995, la proportion de naissances d'enfants vivants présentant un faible poids à la naissance enregistrée en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve était presque égale au taux national (5,8 %). À l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, elle était de 20 % inférieure au taux national; en fait, il s'agissait du taux le plus faible enregistré au Canada en 1995. Dans les Maritimes (les données relatives à Terre-Neuve pour 1985 n'étaient pas accessibles), seule la Nouvelle-Écosse n'a pas enregistré une chute de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance entre 1985 et 1995[30].

2.5 VIH/sida

Ampleur du problème

Le VIH/sida est un problème de santé de taille au Canada. Le premier cas de sida a été déclaré en 1982. Depuis, on a enregistré près de 16 000 cas diagnostiqués de sida au Canada, et les tests de détection ont révélé près de 42 000 cas de séropositivité à l'égard du VIH, le virus responsable du sida[31]. Comme les personnes infectées par le VIH n'ont pas toutes subi un test de détection du virus, la prévalence réelle de l'infection à VIH est encore plus élevée au Canada. On estime à plus de 200 millions de dollars les dépenses annuelles entraînées par le traitement des personnes atteintes du sida, à l'échelle nationale. Le fardeau que représente l'infection à VIH pour la société, sous forme de perte de productivité, de prestations d'assurance et de services, pourrait se chiffrer chaque année à des milliards de dollars au Canada[32].

Facteurs de risque

Les tendances relatives aux risques d'infection par le VIH ont quelque peu évolué au cours de la dernière décennie. Bien que le *nombre global* de cas de sida et de décès consécutifs au sida ait diminué depuis cinq ans (grâce à l'amélioration des traitements qui permettent de retarder l'apparition du sida), l'*incidence de l'infection à VIH* est en hausse *dans certains groupes*. Dans l'ensemble de la population, c'est encore chez les hommes qui ont des relations homosexuelles que l'on observe la plus forte proportion de cas de sida. L'incidence des nouveaux cas de VIH est en baisse au sein de ce groupe. Entre 1985 et 1994, les trois quarts des cas déclarés de séropositivité à l'égard du VIH concernaient les hommes qui avaient des relations homosexuelles. En 1997, ce chiffre avait baissé à 34 %. Il reste qu'une proportion importante de cette sous-population, soit les jeunes hommes âgés de 16 à 30 ans, continue d'avoir des relations sexuelles occasionnelles, non protégées, par voie anale. Ainsi, les jeunes hommes gais demeurent un groupe cible important pour les efforts de prévention[33].

Les risques associés aux rapports hétérosexuels sont presque trois fois plus élevés à l'heure actuelle qu'il y a cinq ou dix ans[34]. Globalement, l'infection à VIH gagne du terrain dans la population féminine, d'où les risques de transmission de la mère à l'enfant. Le VIH est aussi en progression chez les utilisateurs de drogues injectables[35]. La consommation de drogues injectables est un mode de transmission du virus plus répandu chez les femmes que chez les hommes.

Traditionnellement, l'incidence du sida a été plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, depuis environ une décennie, la proportion de cas de sida est en hausse dans la population féminine. La même remarque vaut pour les cas déclarés de séropositivité à l'égard du VIH. En 1997, la proportion de cas de sida diagnostiqués annuellement au Canada chez les femmes s'élevait à 14 %, alors qu'elle était de 4 % en 1990[36]. Au cours des six premiers mois de 1998, les femmes représentaient 20 % des cas de séropositivité à l'égard du VIH, soit près du double du taux observé entre 1985 et 1994[37].

Risque associé au VIH chez les Autochtones

On dispose de peu de statistiques sur l'infection à VIH chez les Autochtones. Malgré tout, on sait que les risques d'infection à VIH sont élevés dans ces populations. Au cours des dix dernières années, la proportion de cas de sida chez les Autochtones a augmenté de manière spectaculaire, passant de 2 % de tous les cas diagnostiqués avant 1989 à plus de 10 % (255 cas dans l'ensemble du Canada) en 1996-1997. Les cas déclarés sont en-deçà de l'incidence réelle du phénomène dans les collectivités autochtones, étant donné que la façon de déclarer l'appartenance ethnique varie d'une province à l'autre. Les cas de sida sont en moyenne plus jeunes chez les Autochtones que dans les autres groupes, et les risques de contracter le sida sont plus élevés chez les femmes autochtones que chez les autres femmes (même si les hommes qui ont des relations homosexuelles représentent la plus forte proportion de cas de sida chez les Autochtones [59 %]). L'utilisation de drogues injectables représente un facteur de risque bien plus important pour les Autochtones que pour les autres groupes de la population : trois fois plus de cas de sida sont attribuables à l'utilisation de drogues injectables chez les Autochtones[38].

Il est difficile d'évaluer le nombre d'infections à VIH chez les Autochtones. Dans les provinces de l'Atlantique, les cas de sida ne sont pas déclarés selon l'appartenance ethnique. Par conséquent, il n'existe aucune estimation quantitative fiable de l'incidence du VIH/sida chez les Autochtones de la région. Selon les intervenants qui s'occupent du sida en milieu autochtone, toutefois, il existe des tendances relatives à la propagation du VIH chez les Autochtones des provinces de l'Atlantique (qui vivent essentiellement dans des réserves, bien qu'il s'agisse d'une population très mobile). Ainsi, on a observé que les personnes touchées par le VIH/sida réintègrent généralement leur réserve après avoir vécu en dehors de celle-ci, pour recevoir des soins. Une autre tendance se dégage chez les Autochtones des provinces de l'Atlantique : l'augmentation des taux d'infection à VIH chez les femmes et de la consommation de drogues injectables dans les réserves. On semble toutefois penser que ces tendances n'y sont pas encore aussi prononcées que dans certaines autres régions du Canada. De l'avis de certains, le stigmate associé au VIH (surtout dans le cas des personnes « bispirituelles », autrement dit homosexuelles) pourrait être en partie responsable des fréquents suicides, dans bien des cas inexpliqués, observés chez les Autochtones dans les réserves de la région.

Les organisations de santé autochtones sont particulièrement préoccupées par les taux élevés de grossesse à l'adolescence et d'ITS chez les jeunes autochtones, phénomène qui est révélateur de relations sexuelles non protégées et de risques d'exposition accrus à l'infection par le VIH. On semble penser que la hausse de l'incidence des grossesses à l'adolescence et des ITS dans les réserves, conjuguée à l'augmentation du nombre de jeunes chez les Autochtones, laissent présager une progression des infections à VIH dans les collectivités autochtones de la région. Un autre phénomène qui pose problème tient au nombre important d'Autochtones de la région qui vivent en milieu urbain et qui, parce qu'ils se « fondent » en quelque sorte dans le reste de la population, sont difficiles à surveiller et à joindre[39].

D'après les responsables de la santé, un autre facteur fait obstacle à la lutte contre la propagation du VIH dans les collectivités autochtones de la région, à savoir la difficulté d'obtenir des sujets à risque qu'ils passent un test de détection du VIH. Il semblerait que les personnes les plus à risque soient proportionnellement les moins nombreuses à chercher à subir un tel test.

Propagation du VIH/sida dans les provinces de l'Atlantique

Le tableau 1 présente le nombre de cas de séropositivité révélés par les tests de détection du VIH, pour chaque année, entre 1995 et 1997. Depuis 1985, 999 cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués au total dans la région[40]. Il s'agit là d'une évaluation prudente du nombre réel d'infections à VIH dans la région. La migration est un facteur qui joue un rôle important dans les estimations de l'incidence des infections à VIH dans les provinces de l'Atlantique. Dans les quatre provinces, les responsables de la santé ont constaté qu'une forte proportion de gens se rendent (ou vivent) dans une autre province lorsqu'ils doivent subir un test de dépistage. Ils sont inclus dans les statistiques relatives aux cas déclarés de séropositivité d'autres provinces, mais souvent, ils réintègrent leur province d'origine une fois le diagnostic posé. C'est dire que les estimations officielles fondées sur les cas déclarés de séropositivité à l'égard du VIH sont faibles.

Les statistiques indiquent une baisse graduelle du nombre de nouvelles infections à VIH depuis 1995, sauf à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick, où la proportion de cas a diminué en 1997 pour ensuite presque doubler en 1998.

Le rapport entre les hommes et les femmes infectés par le VIH est moitié moins élevé à Terre-Neuve (4:1) qu'en Nouvelle-Écosse

et au Nouveau-Brunswick (8:1)[41].

Les taux de sida dans les provinces de l'Atlantique sont bien inférieurs au taux national. L'incidence du sida est cinq fois moins élevée à Terre-Neuve et deux fois moins élevée en Nouvelle-Écosse que dans l'ensemble du Canada. Le nombre global de cas de sida signalés dans les provinces de l'Atlantique a chuté de manière constante tant chez les hommes que chez les femmes.

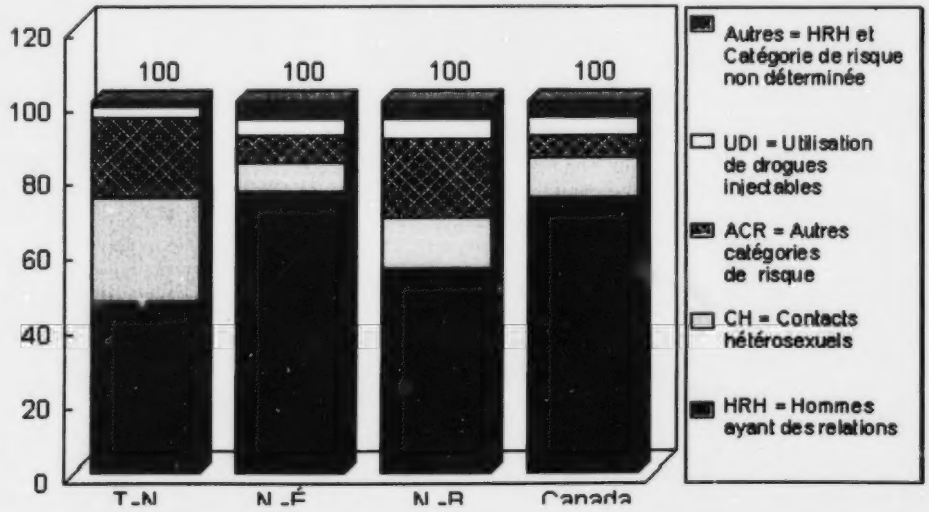
	Année du test					
	Jusqu'à 1994	1995	1996	1997	1998	Total
T.-N.	157	7	10	7	13	194
Î.-P.-É.	30	2	0	3	1	36
N.-É.	405	39	34	33	26	538
N.-B.	189	11	12	6	13	231
Région	781	59	56	49	53	999
Canada	32 747	3 000	2 784	2 556	877*	41 964

Tableau 1 : Nombre de cas déclarés de séropositivité mis en évidence par les tests et année du test, 1982-1998

Source : Laboratoire de lutte contre la maladie; ministères de la santé de la N.-É., de l'Î.-P.-É. et min. de la santé et des services communautaires de T.-N.[42]
* Ce total canadien représente le nombre de cas de séropositivité déclarés jusqu'au 30 juin seulement.

La figure 4 montre les catégories d'exposition applicables à tous les cas de sida diagnostiqués depuis 1982[43]. C'est chez les hommes ayant des relations homosexuelles (HRH) que l'on enregistre les taux les plus élevés de sida. Ce groupe représente la plus forte proportion de cas de sida (76,8 %) en Nouvelle-Écosse, et la plus faible à Terre-Neuve (46,2 %), où une forte proportion de cas découlent des contacts hétérosexuels. À l'échelle nationale, les trois quarts des cas diagnostiqués de sida concernent les hommes ayant des relations homosexuelles. Dans l'ensemble, on observe dans les provinces de l'Atlantique une diminution du nombre de nouvelles infections à VIH chez les hommes ayant des relations homosexuelles, sauf chez les jeunes.

Les contacts hétérosexuels (CH) représentent la deuxième catégorie de risque en importance, soit 11 % de tous les cas de sida au Canada et 12,8 % dans la région de l'Atlantique. À Terre-Neuve, où 65 cas de sida avaient été diagnostiqués en juin 1998, les cas associés aux contacts hétérosexuels étaient trois fois plus élevés que dans le reste du Canada. Récemment, les taux de nouvelles infections à VIH attribuables aux contacts hétérosexuels ont grimpé de manière marquée à Terre-Neuve, et plus graduellement dans



T.-N. N.-É. N.-B. Canada

Figure 4 : Pourcentage de tous les cas de sida dans les provinces de l'Atlantique* et au Canada en date du 30 juin 1998, par catégorie de risque

Source : Laboratoire de lutte contre la maladie

*Les données relatives à la catégorie de risque ne sont pas accessibles pour l'Î.-P.-É.

les autres provinces.

La propagation du VIH/sida par l'utilisation de seringues est un sujet de préoccupation grandissant. L'utilisation de drogues injectables (UDI) en soi, la catégorie combinée des HRH et de l'utilisation de drogues injectables (HRH/UDI) et les « autres catégories de risque » (ACR) représentent dans chaque cas de cinq à huit pour cent des cas de sida à l'échelle nationale. Dans la région de l'Atlantique, l'abus de substances est un problème de plus en plus aigu, surtout dans les villes portuaires qui sont les points d'entrée des stupéfiants. Autrefois, l'utilisation de drogues injectables était un facteur de risque plus élevé pour le sida au Nouveau-Brunswick (surtout à Saint John) que dans les autres provinces. Or, récemment, les autorités de la Nouvelle-Écosse ont signalé une hausse de la proportion d'infections à VIH attribuables à l'utilisation de seringues.

La proportion de cas de sida attribuables à « d'autres catégories de risque » était deux fois plus élevée dans la région de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada. Ces catégories englobent l'exposition professionnelle, la réception de sang/de produits sanguins contaminés, la transmission périnatale et les facteurs de risque non identifiés[44].

Les cas de VIH/sida dans les provinces de l'Atlantique sont généralement concentrés dans certains « points chauds », soit les régions de Halifax et de Sydney en Nouvelle-Écosse, de Saint John, de Moncton et de Fredericton au Nouveau-Brunswick, de St. John's et du nord de la baie de Conception à Terre-Neuve. Il ne faut guère s'étonner de ce que les cas déclarés soient concentrés dans les régions urbaines (surtout dans les villes portuaires, où l'abus de drogues [injectables] est plus répandu) : les jeunes de la rue et les hommes gais se regroupent généralement dans les villes, où l'anonymat est plus facile à préserver, surtout en ce qui concerne les tests de détection du VIH. Toutefois, la grappe de cas bien connue au nord de la baie de Conception montre que le risque croissant d'infection à VIH associé aux contacts hétérosexuels est un phénomène qui ne concerne *pas* exclusivement les villes.

Étant donné le nombre restreint de cas signalés, il est difficile de procéder à des déductions au sujet du risque. De plus, le nombre cumulatif de cas de sida permet de brosser un tableau des comportements à risque valable pour les dix dernières années. Les tendances relatives aux facteurs de risque associés aux infections à VIH plus récentes (par exemple celles des deux dernières années) permettraient de mieux saisir les modes d'exposition actuels au risque. Là encore, le nombre restreint de cas et la sous-déclaration attribuable à la migration limitent la capacité de généralisation.

2.6 Violence sexuelle

Ampleur du problème

La violence sexuelle englobe un vaste éventail de problèmes, notamment les agressions sexuelles à l'égard des enfants, la violence exercée contre le partenaire et le viol commis par un conjoint, le harcèlement sexuel dans le milieu de travail, la prostitution forcée, le viol commis par un ami, l'agression sexuelle de la part d'un étranger, l'exploitation sexuelle des enfants et des jeunes (surtout les jeunes de la rue et les jeunes handicapés), la violence homophobe et les agressions sexuelles à l'égard des gais et des lesbiennes.

La violence sexuelle est un phénomène répandu au Canada. Les personnes les plus à risque sont les femmes, les enfants (autant les garçons que les filles) et les Autochtones[45]. Selon une estimation, 51 % des Canadiennes ont vécu au moins un épisode de violence sexuelle depuis l'âge de 16 ans[46]. Une forte proportion de cas de violence sexuelle est dirigée vers les enfants et les jeunes. D'après une enquête nationale sur les abus sexuels à l'égard des enfants, la moitié des femmes adultes et près du tiers des hommes adultes déclarent avoir été agressés sexuellement pendant leur enfance[47], et à Terre-Neuve, 33 % des jeunes de 14 à 24 ans affirment avoir vécu des expériences sexuelles forcées[48]. Selon les rapports des services de police, les agressions sexuelles représentaient 16 % de tous les cas de violence exercée contre les jeunes (12-19 ans) au Canada en 1994; près de la moitié (46 %) des cas de violence signalés contre les enfants (moins de 12 ans) étaient à caractère sexuel[49].

Facteurs de risque

Les trois quarts (74 %) des cas déclarés de violence sexuelle concernent les enfants et les jeunes, et les cas signalés ne représentent que la pointe de l'iceberg sur le plan de la prévalence[50]. La vaste majorité des cas signalés de violence sexuelle contre les enfants

et les jeunes sont imputables à la famille, aux amis et à des connaissances. Le quart seulement de ces actes sont perpétrés par des étrangers, même si les jeunes (les garçons surtout) sont proportionnellement (presque deux fois) plus nombreux que les enfants de moins de 12 ans à être agressés par des étrangers. Parmi les facteurs de risque liés à la violence sexuelle contre les enfants au sein de la famille figurent la pauvreté, le chômage, l'incapacité, la violence conjugale, l'abus de drogues et d'alcool, le jeune âge des parents, les aptitudes parentales déficientes, la naissance prématurée et la mauvaise santé de l'enfant[51].

Les femmes autochtones sont sur-représentées parmi les victimes d'agression sexuelle. Même si elles forment 3 % de la population féminine canadienne, les femmes autochtones représentent 8 % des victimes déclarées d'agression sexuelle au Canada.

Évaluation de la violence sexuelle

Les statistiques concernant les agressions sexuelles et la violence sexuelle à l'égard des enfants sont tenues par les services de police à la lumière des enquêtes de Déclaration uniforme de la criminalité (DUC). Elles sont regroupées et versées dans des bases de données nationales par le Centre canadien de la statistique juridique de Statistique Canada. Les services provinciaux de protection de l'enfance assurent un suivi de tous les cas déclarés de violence à l'égard des enfants, notamment ceux d'origine sexuelle, mais comme les définitions et les méthodes de déclaration et d'enregistrement des statistiques relatives à la violence sexuelle varient d'une province à l'autre, il est difficile d'établir des comparaisons interprovinciales entre les données recueillies par les divers services de protection de l'enfance.

Un système intégré de registres tenus par les services de police partout au Canada permet d'assurer une surveillance continue à l'échelle nationale des infractions sexuelles prévues par le Code criminel. Ces infractions sont classées selon un ordre croissant de gravité : agression sexuelle (Niveau I), agression sexuelle armée ou accompagnée de lésions corporelles (Niveau II) et agression sexuelle grave (Niveau III). Les agressions sexuelles à l'égard des enfants entrent dans la catégorie « autres infractions sexuelles » qui comprend les expériences sexuelles non désirées, l'incitation à des contacts sexuels, l'exploitation sexuelle et l'inceste. Ensemble, ces infractions devraient tenir compte de toutes les formes d'agression sexuelle, et mettent l'accent sur l'aspect violent plutôt que sur le caractère sexuel des actes criminels[52].

Comme les cas de violence sexuelle sont rarement signalés, surtout par les enfants (d'après l'Enquête sociale générale, 10 % seulement de toutes les agressions sexuelles sont déclarées), on considère que les estimations fournies par les études sur les victimes d'actes criminels, comme l'Enquête sur la violence envers les femmes, rendent mieux compte de l'ampleur de la violence sexuelle dans notre société que les registres tenus uniquement par les services de police ou de protection de l'enfance[53].

Les données sur la violence faite aux enfants, recueillies par les services de protection de l'enfance, varient énormément d'une province à l'autre. Globalement, 25 % des enquêtes sur les mauvais traitements infligés aux enfants menées par les services de protection de l'enfance et de police concernent des cas d'abus sexuels[54]. Comme les conséquences des agressions sexuelles à l'égard des enfants sont très graves et durables, la question retient de plus en plus l'attention et on investit énormément de ressources dans les efforts qui visent à surveiller ces agressions et à s'attaquer au fond au problème. Une récente étude fédérale et provinciale sur l'incidence de la violence et de la négligence envers les enfants devrait jeter les bases d'un système national de surveillance qui permettrait d'obtenir des données uniformes sur le phénomène et faciliter les comparaisons entre les diverses régions du Canada. Ce système devrait être en place au début de l'an 2000[55].

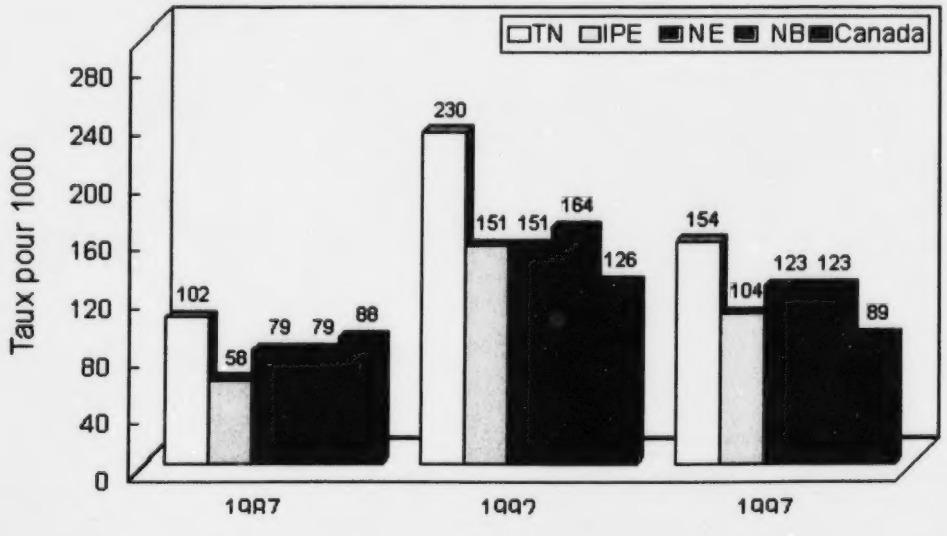


Figure 5 : Agressions sexuelles dans les provinces de l'Atlantique et au Canada, 1987-1997

Source : Centre canadien de la statistique juridique

Tendances observées dans les provinces de l'Atlantique

Dans les provinces de l'Atlantique, les meilleures données accessibles sur la violence sexuelle demeurent les statistiques de justice pénale, quoique dans chaque province, les statistiques relatives à la protection de l'enfance et les études spéciales (par exemple une grande partie des recherches réalisées par le Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence, au Nouveau-Brunswick) complètent dans certains cas les rapports de police en les approfondissant. La figure 5 indique l'incidence globale des agressions sexuelles (Niveaux I-III) en 1987, 1992 et 1997[56].

Entre 1987 et 1992, les taux d'agression sexuelle dans la population ont grimpé en flèche dans les quatre provinces et, dans une moindre mesure, dans l'ensemble du Canada. À Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, les taux d'agression sexuelle ont augmenté de plus de 100 % au cours de la période de cinq ans.

En 1997, les taux d'agression sexuelle avaient chuté de nouveau dans les quatre provinces de l'Atlantique, mais pas au niveau enregistré en 1987, contrairement aux taux nationaux. Le fléchissement a été proportionnellement moins accentué en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick qu'à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard. Le taux signalé à Terre-Neuve, soit 154 cas pour 100 000, était sensiblement plus élevé que celui des trois autres provinces. Le taux moyen pour la région en 1997, soit 126 cas pour 100 000, représente 3 100 inculpations pour agression sexuelle en une seule année[57].

Plus du quart des infractions sexuelles (28 %) au Canada concernent des enfants de moins de 12 ans, alors que plus du tiers (36 %) touchent des jeunes, âgés de 12 à 19 ans. En outre, 80 % des « autres infractions sexuelles » (182 ont été déclarées dans les provinces de l'Atlantique en 1997) ont été commises à l'égard des enfants et des jeunes[58]. C'est dire qu'en 1997, près de 2 100 enfants ont été victimes d'agressions sexuelles *déclarées* dans les quatre provinces de l'Atlantique. Si ce chiffre ne représente que 10 % de tous les cas de violence sexuelle, comme on l'a fait valoir, il est possible qu'en 1997, près de 21 000 enfants et jeunes de cette région aient été soumis à une forme quelconque de violence sexuelle.

2.7 Infertilité

L'infertilité s'entend de l'incapacité de concevoir après deux années d'essai sans recours à la contraception[59]. La liberté de choix en matière de procréation, soit la possibilité de déterminer si et quand on veut avoir des enfants, est un aspect fondamental de la santé sexuelle et génésique. Au cours des deux dernières décennies, l'absence de choix en la matière, attribuable à l'infertilité, est devenue un sujet de préoccupation croissant pour les Canadiens. Selon la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, à n'importe quel moment, 250 000 couples (7 % des Canadiens en âge de procréer) sont confrontés à un problème d'infertilité. En 1995, l'Enquête sociale générale a constaté que deux fois plus de femmes que d'hommes étaient biologiquement stériles[60].

Les causes de l'infertilité sont complexes et encore mal saisies. Il existe des données solides qui montrent que l'infertilité biologique puisse être causée par les infections transmises sexuellement et par les atteintes inflammatoires pelviennes. Environ 20 % des cas d'infertilité au Canada sont attribués aux infections transmises sexuellement. Parmi les autres facteurs que l'on présume être à l'origine de l'infertilité figurent le tabagisme et la consommation de drogues, l'exposition aux substances chimiques présentes dans le milieu ambiant, l'exposition professionnelle aux substances chimiques et à divers types de rayonnements, et la présence répandue d'hormones artificielles dans le milieu ambiant[61].

Le traitement de l'infertilité a donné lieu à une prolifération de techniques de reproduction et fait surgir une foule de questions éthiques, sociales, juridiques et économiques (sur lesquelles s'est penchée la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction). Les coûts du traitement de l'infertilité sont partiellement assumés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie de plusieurs provinces, mais dans le cas des interventions non prises en charge par les régimes provinciaux, l'accès aux traitements peut dépendre de la capacité d'assumer le coût des interventions pratiquées en clinique privée. Les risques d'infertilité sont sans doute plus élevés parmi membres de groupes défavorisés sur le plan socio-économique, et ce, pour diverses raisons : risques accrus d'ITS, taux supérieurs de tabagisme et d'abus de drogues et exposition professionnelle plus grande aux substances chimiques et aux rayonnements. De plus, cette catégorie de gens a plus difficilement accès à toute la gamme de traitements qui existent contre

l'infertilité.

Il n'existe aucun système national de saisie de données sur l'infertilité. En outre, l'infertilité ne fait l'objet d'aucune surveillance systématique de la part de Santé Canada ni des responsables provinciaux de la santé publique. Selon les responsables de la santé, les meilleures estimations de la prévalence de l'infertilité sont celles qui ont été faites pour la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. Ces estimations nationales et régionales ont été réalisées à la lumière de trois enquêtes nationales entreprises pour la Commission royale.

Comme c'est le cas pour la violence sexuelle, les données recueillies sur l'infertilité sont sans doute une sous-estimation de l'ampleur réelle du phénomène. Les estimations qui existent sur l'infertilité sont fondées sur la prévalence du phénomène chez les couples qui ont essayé de concevoir au début des années 90. Elles ne tiennent pas compte des femmes célibataires infertiles ni des couples qui avaient abandonné leurs tentatives (ou n'avaient pas encore tenté) de concevoir[62].

Il existe des données sur l'infertilité applicables à l'ensemble de la région de l'Atlantique. Le taux d'infertilité calculé sur deux ans pour la région de l'Atlantique était identique au taux national (7,0 cas pour 100 000). Ces estimations sont fondées sur les réponses données à trois enquêtes nationales réalisées en 1991 et en 1992 pour la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (en raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats de l'enquête applicables aux quatre provinces de l'Atlantique ont été regroupés pour les besoins de l'analyse), et n'ont pas été mises à jour.

2.8 Profils provinciaux de la santé sexuelle

Un autre moyen d'examiner l'état de santé sexuelle dans la région de l'Atlantique consiste à tenir compte des principaux indicateurs de la santé sexuelle par province. Les profils provinciaux dressés ci-après donnent à penser qu'à bien des égards, la santé sexuelle et génésique est tout aussi bonne sinon meilleure dans les provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada, sauf en ce qui concerne la violence sexuelle. En revanche, ils montrent aussi qu'aucune province n'a de raison de s'enorgueillir de l'état de santé sexuelle de sa population. L'état de santé sexuelle de chaque province est résumé ci-dessous.

2.8.1 Terre-Neuve

À Terre-Neuve, le constat le plus étonnant est que les cas déclarés d'agression sexuelle y sont presque deux fois plus fréquents que dans le reste du pays, même si le taux a chuté du tiers entre 1992 et 1997. Compte tenu de l'importance de l'écart, il faudrait s'employer à découvrir s'il est s'agit là d'un simple effet de la déclaration (autrement dit, une tendance plus grande, dans cette province qu'ailleurs au Canada, à signaler les cas d'agression sexuelle, qui s'explique peut-être par une sensibilisation accrue de la population consécutive à l'expérience du Mont Cashel), ou si l'incidence réelle des agressions sexuelles est vraiment plus élevée à Terre-Neuve (sans doute en raison du profond bouleversement social et économique entraîné par le moratoire imposé sur la morue).

Autre fait à signaler : même si l'incidence de la chlamydiose à Terre-Neuve est la plus faible de la région, le nombre d'infections signalées depuis 1995 a grimpé en flèche. Environ le tiers de ces cas sont concentrés dans la région de St. John's, mais selon les responsables provinciaux de la santé, les taux demeurent élevés au Labrador (où se retrouve la majorité de la population autochtone de la province) et, dans une moindre mesure, dans la région centrale de la province.

Il semble que parmi les quatre provinces de l'Atlantique, Terre-Neuve soit celle qui ait enregistré la plus importante diminution en pourcentage (31 %) des grossesses à l'adolescence depuis le milieu des années 80, bien que selon les responsables de la santé publique, les taux au Labrador demeurent élevés par rapport au reste de la province.

Terre-Neuve est aussi la province de l'Atlantique où le taux de sida est le plus faible, soit environ cinq fois inférieur au taux national. Récemment, toutefois, les cas déclarés d'infection à VIH ont considérablement augmenté, surtout chez les femmes, cette progression étant essentiellement liée aux contacts hétérosexuels dans le nord de la baie de Conception. En comparaison des autres Canadiens, un fort pourcentage de Terre-Neuviens atteints du sida ont contracté le virus par suite d'une exposition à d'autres facteurs de risque, par exemple les dons de sang ou les produits sanguins.

2.8.2 Île-du-Prince-Édouard

Contrairement à Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard affiche le plus bas taux d'infractions sexuelles dans la région de l'Atlantique. L'incidence des agressions sexuelles déclarées a chuté de près du tiers entre 1992 et 1997. Malgré tout, le taux enregistré en 1997 était environ 20 % supérieur au taux national.

Les cas déclarés de chlamydiose ont progressé de manière continue dans cette province, ces dernières années, se rapprochant des

taux applicables à l'ensemble du Canada (qui diminuent de façon constante).

Comme à Terre-Neuve, les taux d'ITS et de grossesse à l'adolescence à l'Île-du-Prince-Édouard sont bien en-deçà des taux nationaux et régionaux. En 1994, alors que la population de jeunes dans cette province était proportionnellement la plus élevée de la région, l'incidence des grossesses (non pas des naissances vivantes[63]) à l'adolescence, et en 1995, l'incidence des cas d'insuffisance pondérale à la naissance étaient les plus faibles enregistrées au Canada. Il semble également que la province compte le plus faible taux d'avortements chez les adolescentes (voire dans n'importe quel groupe d'âge), mais comme les avortements ne sont pas autorisés à l'Île-du-Prince-Édouard, il n'existe aucune source de données sur les taux réels d'avortement chez les adolescentes de la province. C'est pourquoi il nous est impossible de tirer des conclusions au sujet des avortements, ou des taux globaux de grossesse à l'adolescence (estimations qui englobent les grossesses aboutissant à un avortement) à l'Île-du-Prince-Édouard.

Le taux de cas de sida dans la province équivaut à moins du tiers du taux national. Des 30 cas d'infection à VIH diagnostiqués entre 1985 et 1998, 72 % concernaient des hommes ayant des relations homosexuelles[64]. Ce chiffre est comparable à la proportion de cas de sida liés aux contacts homosexuels tant en Nouvelle-Écosse qu'à l'échelle nationale. Toutefois, en raison de la migration, un nombre indéterminé de résidents de la province qui sont séropositifs à l'égard du VIH ont passé leur test à l'extérieur de la province, de sorte qu'ils ne figurent pas dans les registres provinciaux de cas d'infection à VIH.

2.8.3 Nouvelle-Écosse

Parmi les provinces de l'Atlantique, la Nouvelle-Écosse se démarque par l'ampleur des problèmes de santé sexuelle et génésique de sa population. Elle affiche en effet les taux les plus élevés de cas déclarés d'ITS, de grossesse à l'adolescence, d'insuffisance pondérale à la naissance, de VIH et de sida[65].

Même si l'incidence du VIH et du sida en Nouvelle-Écosse est bien inférieure au taux national, le taux de grossesse à l'adolescence et de cas d'insuffisance pondérale à la naissance dans la province rejoint les chiffres enregistrés dans l'ensemble du Canada. La chlamydiose est plus répandue en Nouvelle-Écosse que dans les autres provinces de l'Atlantique ou dans l'ensemble du Canada, et n'a pas régressé de manière constante au fil du temps. Les infections gonococciques sont aussi plus répandues en Nouvelle-Écosse que dans le reste de la région, et gagnent du terrain depuis quelques années.

C'est Halifax qui enregistre de manière générale la plus forte proportion d'infections à VIH de la province, quoique le nombre d'infections soit également élevé à Sydney par rapport au reste de la province[66]. Grâce aux tests anonymes de détection du VIH (offerts depuis 1994), il est maintenant plus facile de se soumettre à un dépistage qu'autrefois en Nouvelle-Écosse. Depuis 1994, plus de 2 100 personnes (presque autant d'hommes que de femmes) ont passé un test anonyme de détection du VIH[67].

En Nouvelle-Écosse, les grossesses à l'adolescence sont un phénomène aussi bien rural qu'urbain, les taux les plus élevés étant signalés dans la vallée de l'Annapolis et, ensuite, à Halifax. Les avortements (en milieu hospitalier) chez les adolescentes sont proportionnellement moins nombreux en Nouvelle-Écosse que dans l'ensemble du Canada, bien que la majorité des avortements thérapeutiques pratiqués dans la province concernent les adolescentes, et que le taux enregistré en Nouvelle-Écosse soit le plus élevé de la région[68].

La proportion de cas de sida observée chez les hommes qui ont des relations homosexuelles est plus importante en Nouvelle-Écosse que dans les autres provinces de l'Atlantique, et cette proportion est comparable aux taux nationaux de cas de sida attribuables aux hommes ayant des relations homosexuelles. Le taux d'utilisation de drogues injectables dans la province est aussi analogue au taux national. Par rapport à ce que l'on observe dans le reste du Canada, une forte proportion de cas de sida en Nouvelle-Écosse est imputable à l'exposition au VIH par le biais d'autres facteurs de risque comme la réception de sang ou de produits sanguins contaminés.

L'incidence des cas déclarés d'agression sexuelle est de 38 % plus élevée en Nouvelle-Écosse que dans l'ensemble du Canada, quoique les agressions sexuelles aient chuté de près de 20 % entre 1992 et 1995.

2.8.4 Nouveau-Brunswick

Le Nouveau-Brunswick se compare favorablement à l'ensemble du Canada dans la plupart des aspects de la santé sexuelle et génésique. Les taux de maladies transmises sexuellement y sont inférieurs aux taux nationaux, mais la progression soudaine des cas signalés de chlamydiose et d'infections gonococciques, observée récemment, montre que ces infections demeurent des problèmes de santé sexuelle et génésique importants dans cette province.

Les taux déclarés de grossesse à l'adolescence sont plus faibles au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada, et même si les grossesses ont suivi une courbe ascendante entre 1984 et 1994, le nombre de naissances vivantes chez les mères adolescentes est en baisse constante depuis 1994[69].

L'incidence des cas d'insuffisance pondérale à la naissance au Nouveau-Brunswick est parmi les plus faibles au Canada.

Le Nouveau-Brunswick a connu récemment une progression des infections à VIH, le tiers des nouveaux cas ayant été observés chez les femmes en 1998. L'utilisation des drogues injectables a déjà été un facteur de risque important pour le sida au Nouveau-Brunswick, et les cas étaient concentrés à Saint John, à Moncton et à Fredericton. Il y aurait lieu de se pencher sur les sources d'exposition aux nouvelles infections à VIH dans cette province.

L'incidence des cas signalés d'agression sexuelle au Nouveau-Brunswick est comparable à celle de la Nouvelle-Écosse. Entre 1992 et 1997, les taux déclarés d'agression sexuelle ont chuté du quart.

2.9 Définition des problèmes critiques

Comment, à partir de ce vaste aperçu des indicateurs de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique, notamment des comparaisons établies avec les tendances nationales, déterminer quels sont les problèmes de santé sexuelle les plus critiques dans cette région du pays? Faudrait-il, parce que les taux de chlamydiose sont relativement faibles à Terre-Neuve par rapport au reste du Canada, classer cette infection au bas de la liste des priorités de cette province sur le plan de la santé sexuelle? Les taux relativement faibles de grossesse à l'adolescence à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve s'expliquent-ils par la réussite des interventions éducatives et des activités de promotion de la santé sexuelle en milieu scolaire, ou tiennent-ils au fait que les jeunes choisissent d'aller vivre dans les provinces avoisinantes ou ailleurs? Les adolescentes enceintes quittent-elles leur milieu familial et leur réseau de soutien, peut-être pour se faire avorter, ou pour échapper à la mentalité conservatrice propre aux petites collectivités? Quel est le problème le plus critique : l'activité sexuelle? la grossesse? le manque d'accès aux avortements? les valeurs et les attitudes conservatrices?

Dans cette section du rapport, nous proposerons des critères dont on peut se servir pour dégager des tendances importantes à partir des données épidémiologiques. Les statistiques présentées ci-dessus pour les provinces de l'Atlantique ne s'appliquent pas précisément aux déterminants de la santé. Malgré tout, on peut raisonnablement émettre des hypothèses sur certains liens entre les constats épidémiologiques et les déterminants de la santé. Les données probantes (présentées ci-dessus) sur les facteurs de risque, et les témoignages livrés par les personnes oeuvrant dans le secteur de la santé sexuelle et génésique justifient une telle démarche. Nous nous emploierons ci-après à dégager les tendances qui sous-tendent le choix des problèmes de santé sexuelle et génésique les plus critiques dans les provinces de l'Atlantique.

Les provinces doivent établir un ordre de priorité des problèmes

Le classement des problèmes de santé sexuelle de chaque province par ordre de priorité et la tentative de remonter à leur origine débordent le cadre de cette analyse. Il nous est impossible d'établir, à partir de ce tour d'horizon, si les écarts entre les taux observés (d'une période ou d'une province à l'autre) sont imputables à certains aspects des systèmes de déclaration ou d'information, à l'intensité des efforts entrepris pour observer certains phénomènes, aux interventions qui ont été faites, ou à la répartition des groupes à risque dans une population. Il appartient à chaque province de définir ses propres priorités en matière de santé sexuelle, à la lumière des indicateurs statistiques et d'une connaissance approfondie de la situation particulières de cette province, notamment les différences régionales, la culture, la qualité des systèmes d'information, les modes d'intervention clinique en place, les programmes et les interventions qui existent déjà.

Comment expliquer les constats?

Cet aperçu n'avait pas pour objet de découvrir les causes des phénomènes observés au chapitre de la santé sexuelle et génésique. Les tendances qui se dégagent des données statistiques relatives aux provinces de l'Atlantique ne nous permettent pas de tirer de conclusions sur le lien de causalité avec les grands déterminants de la santé. Toutefois, elles nous amènent à nous interroger sur ces liens. Mis à part le besoin évident de déterminer si les tendances sont simplement attribuables à des changements ou à des différences dans les modes de déclaration ou de détection, les constats peuvent nous mettre sur la piste des explications. Nous avons présenté plus haut des données probantes sur les facteurs de risque connus et le contexte relatif à chacun des principaux problèmes de santé sexuelle et génésique. Il est possible, à partir de ces données, de poser des questions relatives à la santé de la population qui peuvent servir à établir un lien entre les données statistiques et les déterminants de la santé, si l'on approfondit le sujet. Certaines de ces questions sont posées ci-dessous.

Que révèlent les statistiques?

Un certain nombre de critères, pris globalement, peuvent servir à pousser plus loin la réflexion sur les indicateurs statistiques. L'*ampleur* des effets observés renvoie à l'importance des écarts. Apparemment, les écarts importants (p. ex. 50-100 % ou plus) -- soit d'une province ou d'une période à l'autre -- justifient une intervention. Dans cette analyse, parmi les effets importants figurent la différence de taux d'agression sexuelle entre Terre-Neuve et dans d'autres provinces, et entre la région et l'ensemble du Canada, la récente montée en flèche des taux de chlamydiose à Terre-Neuve et des taux d'infection à VIH à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick.

Les *tendances* désignent l'évolution (progression ou régression) d'un phénomène dans le temps. Une augmentation constante ou une chute constante des taux méritent d'être examinées avec attention. Parmi les tendances importantes mises en lumière par cette analyse figurent la hausse des taux d'ITS observée ces dernières années dans la région et l'importance croissante des contacts hétérosexuels et de l'utilisation de drogues injectables comme facteurs d'exposition au VIH.

Les *conséquences* de problèmes donnés désignent leurs effets physiques et psychologiques à long terme. Les conséquences déterminent en grande partie l'importance des problèmes de santé. Plus elles sont profondes, plus les problèmes sont critiques. Les problèmes aux conséquences curables ou réversibles sont moins aigus que ceux dont les conséquences sont incurables ou *irréversibles*. Les *conséquences durables*, surtout celles qui touchent les enfants et les jeunes, sont plus importantes que celles qui sont de courte durée (p. ex. les ITS traitées). Les problèmes dont l'incidence est faible, mais aux conséquences profondes, sont généralement inacceptables. Les conséquences les plus profondes des problèmes cernés ici concernent le VIH/sida, les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence et les ITS non traitées.

La *prévalence*, qui renvoie au nombre global de sujets touchés par un problème donné, doit être prise en considération lorsqu'on détermine l'importance du phénomène. Les problèmes qui sont répandus, surtout s'ils ont des conséquences profondes, sont jugés plus critiques que les problèmes qui affectent une faible proportion de la population (p. ex. l'infertilité). Les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence et la chlamydiose sont des problèmes dont le taux de prévalence dans les provinces de l'Atlantique est élevé.

Comme les bases de l'expression sexuelle et de la santé sexuelle de toute la vie sont jetées dès l'enfance, et comme la sexualité est étroitement liée à l'image de soi et à l'estime de soi, qui se forgent aussi tôt dans la vie, les conséquences des problèmes de santé sexuelle chez les enfants et les jeunes sont généralement graves et durables. Sous cet angle, n'importe quel taux de grossesse, d'agression sexuelle et d'autres problèmes aux conséquences irréversibles chez les enfants et les jeunes est inacceptable.

Ces critères peuvent s'appliquer à l'information fournie ici. Si les données statistiques ne suffisent pas en soi à définir les priorités provinciales, les tendances observées à l'égard des six problèmes de santé sexuelle fournissent des pistes de réflexion et indiquent les liens avec la santé de la population sur lesquels il y aurait lieu de se pencher.

L'approche axée sur la santé de la population

La santé de la population met l'accent sur les inégalités sur le plan de l'état de santé et de ses déterminants. Au lieu d'insister sur l'aboutissement des inégalités, soit la maladie, la santé de la population remonte à la source du problème (en amont), là où les inégalités prennent naissance : les inégalités sociales et économiques, les aspects dangereux de l'environnement physique, l'injustice sociale, la discrimination, etc.[70] Idéalement, cette démarche doit nous amener à modifier notre réflexion sur les liens de causalité, c'est-à-dire à élargir le champ de notre réflexion de manière à tenir compte des facteurs qui protègent contre la maladie et favorisent la santé : la résilience, la capacité, une participation satisfaisante à la vie sociale et la cohésion sociale[71]. Une démarche « en amont » part du principe que l'information, la recherche et la politique sont les armes les plus efficaces contre les inégalités et les meilleurs moyens d'accroître au maximum les bienfaits de l'accès de la population à la santé.

Certains pourraient alléguer que les problèmes de santé sexuelle les plus critiques de la région sont de grandes questions posées par la santé de la population : économies déprimées, chômage chronique, faible niveau de scolarité et taux élevé d'analphabétisme, autant de facteurs qui influent sur la capacité d'adaptation et les habitudes de vie personnelles et qui restreignent la capacité des individus à faire des choix judicieux en matière de santé sexuelle et génésique. La liberté de choix à propos de la contraception, des pratiques sexuelles à risque réduit ou de la sexualité en général, des conséquences des grossesses non désirées, de traitements destinés à combattre les infections ou à réduire les méfaits, etc. est pour ainsi dire inexistante pour les personnes de cette région qui ont peu d'emprise sur leur vie ou qui vivent en marge de la société.

Notre vaste tour d'horizon des indicateurs de la santé sexuelle et génésique a fourni des données sur certains *aboutissements* de la santé sexuelle, dans une chaîne de causalité qui débute avec les grands déterminants de la santé. Étant donné l'accent mis sur la santé de la population et les critères devant servir de point de départ à une réflexion sur les tendances statistiques et les données concernant certains aboutissements -- le VIH/sida, les ITS, les grossesses à l'adolescence, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'infertilité et la violence sexuelle --, quels sont les problèmes de santé sexuelle qui semblent les plus critiques?

Les problèmes critiques observés dans les provinces de l'Atlantique

À la lumière de l'ampleur des phénomènes, de l'importance des tendances, des conséquences et de la prévalence, on peut brosser un tableau des problèmes de santé sexuelle les plus critiques des provinces de l'Atlantique.

• Les taux élevés de relations sexuelles non protégées chez les jeunes de la région augmentent les risques liés aux ITS, au VIH/sida, aux grossesses à l'adolescence et à l'infertilité. Les jeunes hommes gais et les jeunes autochtones semblent particulièrement prédisposés à adopter des comportements à risque, lourds de conséquences.

• La violence sexuelle est un problème répandu dans la région, qui a de profondes répercussions. Il existe proportionnellement beaucoup plus d'agressions sexuelles dans les provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada. Cet écart est le plus marqué à Terre-Neuve. Les recherches montrent que les victimes de violence sexuelle sont majoritairement des enfants et des jeunes et que, dans la population adulte, les victimes sont presque toujours des femmes.

• Les infections à VIH découlant des contacts hétérosexuels sont en hausse ces dernières années (surtout chez les femmes). À Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick, les cas signalés d'infection à VIH ont grimpé en flèche au cours de la dernière année. Les conséquences du VIH/sida sont profondes et irréversibles.

• Les cas signalés de chlamydiose et de gonorrhée sont en hausse constante dans les provinces de l'Atlantique, depuis quelques années. Les ITS qui découlent de pratiques sexuelles non protégées chez les jeunes sont un problème répandu, qui peut entraîner entre autres l'infertilité. Les comportements à risque qui aboutissent à des ITS sont également des facteurs d'exposition au VIH.

• Les grossesses à l'adolescence, un autre résultat des relations sexuelles non protégées chez les jeunes, sont répandues dans les provinces de l'Atlantique. Étant donné les conséquences durables et irréversibles pour les mères et les enfants des grossesses à l'adolescence qui aboutissent à des naissances vivantes, le taux de ce type de grossesse, quel qu'il soit, est inacceptable.

Les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence et les ITS sont des problèmes de santé sexuelle et génésique critiques pour les enfants et les jeunes des provinces de l'Atlantique. Les agressions sexuelles et la progression des cas d'infection à VIH attribuables à des contacts hétérosexuels et à l'utilisation de drogues injectables sont des problèmes de santé sexuelle critiques pour les adultes, surtout les femmes et les Autochtones. (Selon un intervenant en santé publique de la région, il est possible que beaucoup de médecins d'exercice privé ignorent que les femmes sont exposées au risque d'infection à VIH, ce qui explique que certaines femmes aient de la difficulté à obtenir un test. En raison de cette possibilité, le VIH chez les femmes est un problème encore plus critique.)

La plupart de ces problèmes sont particulièrement aigus dans les villes des provinces de l'Atlantique (surtout les grandes villes) où certaines groupes marginalisés sont concentrés. Toutefois, comme la région de l'Atlantique est en grande partie rurale, ces problèmes existent aussi dans les régions rurales et éloignées, dans certains cas plus que dans les villes (p. ex. les grossesses à l'adolescence dans la région de la vallée de l'Annapolis et au Labrador, les infections à VIH au nord de la baie de Conception). Ils sont particulièrement répandus chez les Autochtones (chez qui les populations de jeunes sont proportionnellement plus nombreuses) qui vivent dans des réserves, dans des collectivités éloignées et en milieu urbain, et parmi d'autres groupes marginalisés, comme les utilisateurs de drogues injectables et les femmes.

Les questions relatives à la santé de la population qui découlent des problèmes critiques

Bien que les tendances observées dans les provinces de l'Atlantique à partir des données statistiques ne nous permettent pas de tirer de conclusions au sujet des liens de causalité qui existent entre elles et les grands déterminants de la santé, elles nous suggèrent des pistes de réflexion à ce sujet.

Les risques liés à la plupart des problèmes analysés sont bien connus. La jeunesse, la pauvreté, le faible niveau de scolarité, l'itinérance, l'appartenance à la population autochtone, gaie et (ou) féminine, et le manque d'accès aux soins médicaux systématiques sont des facteurs concernant les collectivités, qui accroissent les risques associés à la plupart des problèmes de santé sexuelle et génésique. À l'échelle individuelle, les relations sexuelles non protégées, l'abus de substances et la multiplicité des partenaires sexuels occasionnels sont aussi des facteurs de risque prouvés. Ils sont liés aux habitudes de vie personnelles et aux compétences d'adaptation déficientes couramment observées chez les personnes dont les choix de vie ont été limités par des inégalités sociales et économiques.

Lorsqu'on se penche sur les données statistiques applicables aux provinces de l'Atlantique, l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population contribue à attirer notre attention sur les tendances liées aux déterminants de la santé. Ainsi, étant donné l'augmentation croissante des taux d'ITS constatée dans la plupart des provinces, nous devons déterminer si certaines sous-

populations vulnérables grossissent, ou si les facteurs de risque évoluent, et le cas échéant, pourquoi. Y a-t-il un nombre accru de jeunes de la rue, de travailleurs de l'industrie du sexe, de jeunes femmes vulnérables (chez qui on enregistre les taux d'infection les plus élevés) et de partenaires masculins de ces dernières (dont les infections échappent dans bien des cas à la détection), qui contribuent au cycle croissant des infections et des réinfections? Ou encore, les pratiques sexuelles non protégées sont-elles devenues plus répandues chez les jeunes en général?

Les taux élevés de grossesse à l'adolescence et de violence sexuelle soulèvent aussi des questions au sujet de l'évolution actuelle des facteurs de risque. Quelles sont les pressions économiques et sociales auxquelles sont assujetties les jeunes femmes dans certains secteurs de la région de l'Atlantique (notamment la vallée de l'Annapolis, le Labrador) où les taux de grossesse à l'adolescence sont élevés? Dans les régions où le taux de violence sexuelle est particulièrement élevé (par exemple à Terre-Neuve), qu'en est-il du niveau de revenu, de chômage et de scolarisation? À quelles pressions sont soumises les sous-populations vulnérables, notamment les jeunes parents, les Autochtones, les gais et les lesbiennes, les personnes atteintes d'une incapacité physique et mentale? Quels sont les changements qui s'imposent dans la région pour protéger la population contre les problèmes sexuels et promouvoir la santé sexuelle?

Voici quelques questions importantes qui se posent lorsqu'on analyse les données statistiques présentées ici à travers le prisme de la santé de la population. Il faudra entreprendre des enquêtes approfondies pour y apporter des réponses. Entre-temps, les conclusions tirées des informations épidémiologiques fournies dans ce tour d'horizon nous indiquent les problèmes les plus criants sur lesquels il faudrait se pencher plus à fond.

Il ressort des éléments d'information qu'à la base des problèmes critiques figurent des inégalités qui découlent d'une répartition inégale des risques pour la santé. Ces problèmes témoignent de la nécessité de mettre en oeuvre dans les provinces de l'Atlantique des initiatives axées sur la santé de la population pour faciliter l'accès à la santé sexuelle de diverses façons : amélioration des capacités et des compétences d'adaptation personnelles, diminution des facteurs de risque d'ordre social et économique, renforcement des familles et des collectivités, réduction des risques liés à l'environnement, amélioration de l'accès aux services et promotion de valeurs et d'attitudes positives à l'égard de la sexualité dans la société. Le reste du rapport traite de ces initiatives.

3. INITIATIVES AXÉES SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

« La santé sexuelle est un aspect important de la santé en général qui touche les gens de tous les âges et à toutes les étapes de la vie. C'est pourquoi les programmes de promotion de la santé partout au Canada sont aujourd'hui axés sur l'amélioration de la santé sexuelle et la réduction des problèmes sexuels dans divers segments de notre société...le VIH/sida, les MTS, la grossesse à l'adolescence, les abus, le harcèlement et les agressions de nature sexuelle de même que d'autres problèmes similaires d'ordre personnel et sociétal nous rappellent constamment l'importance de la prévention dans le domaine de la santé sexuelle. »[72]

Cette section du document comprend des renseignements sur des initiatives axées sur la santé sexuelle et génésique, recueillis dans les quatre provinces de l'Atlantique. Elle analyse ensuite des activités en cours en matière de promotion de la santé et de prévention de problèmes dans l'optique de la santé de la population et des principes et des orientations stratégiques définis dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Enfin, elle passe en revue les lacunes et les points forts des programmes et les défis posés par la mise en oeuvre du cadre de référence.

Principes et orientations stratégiques

Le cadre de référence définit les principes de base qui doivent orienter les initiatives relatives à la santé sexuelle, et expose un certain nombre d'*orientations stratégiques* qui indiquent des secteurs clés qui justifient une intervention. Ces stratégies sont conformes aux connaissances concernant les grands déterminants de la santé et doivent faciliter l'application du concept de la santé de la population pour améliorer l'état de santé sexuelle.

Les orientations stratégiques reposent sur des *principes* concernant une saine sexualité, l'autonomie et la responsabilité individuelles, la prévention et la promotion, le recours aux interventions appropriées, solidement étayées et le moins envahissantes possible, l'accès équitable aux services, au soutien social et la protection contre les risques liés à l'environnement. Forts des principes et des éléments d'information sur l'état de santé sexuelle, les intervenants peuvent mettre en oeuvre des approches axées sur la santé de la population en suivant les orientations stratégiques exposées dans le cadre de référence. Il est possible d'orienter les efforts vers les choix de l'individu, les valeurs de la société, l'accès aux services, les facteurs liés à l'environnement physique, les familles et les collectivités, les conditions sociales et économiques et l'approfondissement des connaissances par la recherche et l'évaluation.

Une connaissance des points forts relatifs des programmes en place dans l'optique des principes et des orientations stratégiques du cadre de référence peut nous aider à déterminer les secteurs où nous devrions investir nos efforts et nos ressources. Le tour d'horizon des initiatives clés se sert d'une carte conceptuelle dressée à partir des principes et des orientations stratégiques définis

dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* pour dégager les possibilités d'intervention en prévention et en promotion de la santé sexuelle dans les provinces de l'Atlantique, et cerner les défis à relever sur ce plan.

3.1 Tour d'horizon des programmes et des initiatives en cours dans les provinces de l'Atlantique

Le tour d'horizon des principales initiatives met en évidence les points forts des programmes et des démarches en place en prévention et en promotion de la santé sexuelle et génésique, à partir de renseignements fournis par certains organismes des quatre provinces de l'Atlantique. Nous passerons ici en revue la méthode utilisée pour recueillir des données auprès de ces organismes.

Collecte de données

Les données ont été recueillies entre la fin de décembre 1998 et mars 1999, au moyen d'un questionnaire. Des spécialistes de la promotion de la santé du Community Health Promotion Network Atlantic (CHPNA) en place dans chaque province, ont trouvé des organismes candidats et fait en sorte que les questionnaires soient remplis. L'organisme concerné avait le choix de remplir lui-même le questionnaire ou de répondre aux questions posées par un enquêteur au téléphone. Les enquêteurs se sont adressés au réseau provincial pour trouver des organismes candidats. L'objectif consistait à obtenir 12 questionnaires dûment remplis dans chaque province.

Critères de sélection

Les organismes ont été choisis à la lumière de critères définis par l'auteure, de concert avec Santé Canada, et devant servir au classement des principales initiatives liées à la santé sexuelle et génésique. Les organismes candidats ont été retenus s'ils satisfaisaient aux critères (a. à c., et d. ou e. ci-dessous). On a cherché à faire en sorte que 30 à 50 % des organismes retenus dans chaque province répondent aussi au critère f.

a. Tenir compte explicitement ou implicitement des déterminants de la santé.

b. Suivre deux orientations stratégiques ou plus définies dans le cadre de référence.

c. Faire en sorte que le travail accompli présente au moins trois des caractéristiques suivantes - accent mis sur la prévention et la promotion, champ d'intervention provincial, approches novatrices, collaboration intersectorielle.

d. S'intéresser à au moins deux des problèmes suivants : VIH/sida, grossesses à l'adolescence, ITS.

e. S'intéresser à un des phénomènes suivants : violence sexuelle, infertilité, insuffisance pondérale à la naissance.

f. S'occuper d'au moins un des groupes suivants : Autochtones, personnes handicapées, utilisateurs de drogues injectables, jeunes de la rue, jeunes gais, hommes qui ont des relations homosexuelles, femmes ou minorités visibles.

Limites des données

Il n'est pas toujours évident d'appliquer les critères de sélection. Dans bien des cas, les enquêteurs ont trouvé que s'ils voulaient recueillir suffisamment de renseignements pour appliquer les critères de sélection, il leur fallait parcourir tout le questionnaire. C'est pourquoi, lorsqu'il y avait des doutes au sujet de l'admissibilité, on a choisi d'inclure les répondants au lieu de les exclure, et la question de savoir quelles étaient les initiatives clés a été intégrée à l'analyse. Ainsi, quelques-uns des répondants à l'enquête ne satisfont pas nécessairement aux critères de sélection établis au départ.

Le choix des initiatives relatives à la santé sexuelle et génésique ne repose pas sur un échantillonnage aléatoire. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on procède à des généralisations à partir de cet échantillon d'organismes. Étant donné les critères de sélection et la capacité des enquêteurs provinciaux de travailler en réseau, ces 52 organismes donnent une idée des principales initiatives axées sur la prévention et sur la promotion de la santé sexuelle et génésique, menées dans les provinces de l'Atlantique. Malgré tout, comme il s'agit d'un échantillon de commodité et non d'un échantillon statistique, il faudrait éviter de conclure que ces organismes offrent un échantillon statistiquement représentatif de tous les programmes de santé sexuelle et génésique en place dans les quatre provinces, ni de toutes les initiatives clés. Certains programmes qui auraient pu être considérés comme des initiatives clés n'ont peut-être pas été invités à participer, ou faisaient partie des 38 organismes qui ont été contactés, mais qui n'ont pas rempli le questionnaire pour une raison ou une autre.

Une autre limite doit être prise en considération lorsqu'on interprète les résultats de ce tour d'horizon, à savoir qu'en raison de la

nature des données (questionnaire rempli par les intéressés mêmes), il est possible que celles-ci soient incomplètes et soumises à un risque d'erreur systématique liée aux autodéclarations. Il va de soi que les personnes qui ont rempli le questionnaire ont voulu décrire les réalisations de leur organisme sous l'éclairage le plus flatteur possible. Par contre, le niveau de tolérance à l'égard des questionnaires varie d'un individu à l'autre, aussi le niveau de détail fourni dans un questionnaire donné ne rend pas nécessairement compte de tout l'éventail des activités d'un organisme. Dans bien des cas, les répondants ont fourni de la documentation (brochures, mandat, énoncés de mission, etc.), qui a servi aux contre-vérifications et apporté un complément d'information aux réponses fournies au questionnaire. Lorsqu'une telle documentation n'était pas fournie, toutefois, on s'est fié aux réponses fournies au questionnaire.

Il semble probable que l'information au sujet des organismes, qui figure dans ce tour d'horizon, soit entachée d'un certain biais dans les réponses fournies par les répondants. Il est difficile de déterminer si ce genre de biais a produit un instantané qui est plus ou moins favorable dans l'ensemble.

Échantillon de l'enquête

La liste des organismes qui ont rempli le questionnaire est fournie à l'annexe 1. Au total, 90 organismes des quatre provinces de l'Atlantique ont été contactés dans le cadre de cette étude. De ce nombre, 52 ont rempli et renvoyé les questionnaires, soit 12 de Terre-Neuve, 10 de l'Île-du-Prince-Édouard, 19 de la Nouvelle-Écosse et 11 du Nouveau-Brunswick.

Parmi les organismes figurent des ministères et organismes gouvernementaux, des programmes de santé financés par l'État, des organisations non gouvernementales, sans but lucratif et un consultant du secteur privé. Ils représentent divers secteurs, notamment la santé, l'éducation, le patrimoine et le logement. Leur champ d'intérêt principal comprend aussi bien la santé sexuelle et génésique que des questions plus générales qui concernent des groupes particuliers, entre autres les personnes handicapées, les Autochtones, les Francophones, les utilisateurs de drogues injectables, les immigrants, les gais, les lesbiennes et les bisexuels et les personnes qui ont des démêlés avec la justice. Quelques-uns s'intéressent exclusivement à une question, mais la plupart s'occupent de plus d'un problème de santé sexuelle et génésique. La majorité de ces organismes se trouvent dans les villes et servent généralement aussi les régions périphériques. Les organismes qui oeuvrent à l'échelle de la province sont en règle générale des ministères ou des organismes gouvernementaux.

Étant donné l'approche axée sur les déterminants de la santé préconisée dans le cadre de référence, on a accordé moins d'importance à la diversité des services médicaux associés à la santé sexuelle et génésique (qui sont dispensés essentiellement par des médecins de pratique privée). Bien qu'ils soient un élément nécessaire et important du continuum des soins de santé sexuelle et génésique, les services assurés par les médecins n'étaient pas l'objet principal de cette analyse de la conjoncture.

Enfin, certains organismes ou programmes qui existent dans la plupart des provinces (qui sont dans certains cas associés à des organismes nationaux) n'ont été inclus que dans un ou deux des échantillons provinciaux (c'est le cas des programmes de soins génésiques, les programmes d'action communautaire pour les enfants [PACE], des services provinciaux de santé publique, des ministères provinciaux de l'éducation, des centres de ressources pour les familles, des centres de santé pour les jeunes, des associations pour le planning des naissances, de l'Association canadienne des paraplégiques, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada). Même si leurs activités et programmes varient quelque peu d'une province à l'autre, leur mission et bon nombre de leurs initiatives sont semblables.

L'analyse qui suit a été réalisée à partir des réponses fournies dans les 52 questionnaires remplis.

3.2 Analyse des activités relatives à la santé sexuelle et génésique

Afin de déterminer les points forts et les lacunes des initiatives visées par ce tour d'horizon dans l'optique de la santé de la population, il y a lieu de tenir compte du *contenu* des activités entreprises en réponse aux problèmes de santé sexuelle et des *mécanismes* et *stratégies* utilisés pour atteindre les objectifs fixés. En d'autres termes, il faut se pencher sur ces aspects à la lumière des principes et des stratégies exposés dans le document *Un compte rendu des consultaions menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Une telle analyse permet de relever les possibilités offertes et les défis à relever dans les interventions en santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique.

Un examen du contenu des initiatives liées à la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique consiste entre autres à observer les tendances à l'oeuvre à l'égard des six principaux problèmes de santé sexuelle évoqués dans la section 2. Quels sont les problèmes qui retiennent le plus l'attention dans chacune des provinces? Les efforts entrepris dans le cadre des initiatives visées par cette analyse cadrent-ils avec les liens établis entre ces problèmes et la santé de la population? Les réponses à ces questions aideront à cerner les lacunes qui existent actuellement.

L'analyse qui suit débute par un examen, dans la section 3.3, des activités orientées vers les problèmes critiques de santé sexuelle

évoqués dans la section 2. Elle porte sur leur *contenu*. On y décrit sommairement l'attention généralement accordée aux problèmes clés, l'intensité des efforts fournis dans chaque province et les efforts orientés vers différents stades de la vie.

La seconde partie de l'analyse, qui débute dans la section 3.4, consiste en un examen des initiatives axées sur la santé sexuelle et génésique visées par l'enquête, dans l'optique des stratégies de la santé de la population exposées dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*. Autrement dit, elle traite de la *démarche* utilisée.

Ces analyses attirent l'attention sur les points forts et les lacunes des initiatives en place et sur les possibilités offertes et les défis à relever dans les secteurs de la prévention et de la promotion de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique.

3.3 Problèmes auxquels s'attaquent les organismes participants

En ce qui concerne le *contenu* des activités, la vaste majorité des organismes visés par l'enquête, même ceux qui ne s'occupent pas principalement de la santé, s'attaquent à de multiples problèmes liés à la santé sexuelle et génésique. La plupart visent à prévenir les problèmes de santé sexuelle et génésique ou à promouvoir la santé sexuelle et génésique, même si la réduction des méfaits est l'objectif d'un organisme ou deux qui s'intéressent aux utilisateurs de drogues injectables. Beaucoup axent leurs efforts sur plus d'un groupe d'âge, mais dans l'ensemble, l'accent est surtout mis sur les jeunes, et ensuite sur les adultes et les enfants. Si un grand nombre d'organismes s'intéressent à tous les stades de la vie, une très faible proportion de ceux qui ont participé à cette étude s'occupent directement des problèmes de santé sexuelle qui touchent les personnes âgées.

Nous avons déjà fait ressortir les problèmes de santé sexuelle et génésique les plus aigus qui se posent dans les provinces de l'Atlantique : la violence sexuelle à l'égard des enfants, des jeunes et des adultes, les grossesses à l'adolescence, les relations sexuelles non protégées chez les jeunes qui sont responsables des ITS et de la propagation de l'infection à VIH, l'exposition au VIH par le biais de contacts hétérosexuels et de l'utilisation de drogues injectables, et chez les jeunes autochtones et les jeunes hommes gais. Dans quelle mesure les organismes participants s'attaquent-ils à ces problèmes? La figure 6 tente de répondre à cette question en répartissant les organismes participants selon les six principaux problèmes de santé sexuelle et génésique exposés dans le cadre de référence.

	Enfants	Jeunes	Adultes	Personnes âgées	Tous les stades de la vie
VIH/sida	********** ****	********** ********** **********	********** ********** ****		********** *
ITS	**********	********** ********** *	********** *********		*********
Grossesse chez les adolescentes	****** **	********** ********** **********	**********		****

Insuffisance pondérale à la naissance	*****	********** ****	**********		**
Violence sexuelle	********** ********	********** ********** ****	********** ********** *********	**	********** *******
Infertilité	***	********** *	********** *****		**
Autres questions - Santé sexuelle des personnes âgées				*****	

Figure 6 : Problèmes de santé sexuelle et stades de la vie auxquels s'intéressent les organismes participants

Il semble que les problèmes les plus critiques qui se posent dans la région de l'Atlantique soient aussi les priorités de la plupart de ces organismes. Le nombre d'organismes qui se penchent sur la violence sexuelle est remarquable, tout comme la somme d'efforts orientés vers ce problème à tous les stades de la vie.

Autre fait étonnant, la somme d'attention accordée par les organismes aux questions liées au VIH/sida. Tout comme le travail accompli pour lutter contre la violence sexuelle, les interventions relatives au VIH/sida sont axées sur tous les stades de la vie, mais en grande partie sur les jeunes. Plus du tiers de ces organismes visent les jeunes hommes gais, un groupe à risque important. En revanche, les femmes et les utilisateurs de drogues injectables, deux autres groupes à risque croissants, reçoivent relativement peu d'attention, sauf de la part de quelques rares organismes qui s'intéressent au sort des utilisateurs de drogues injectables et/ou des femmes exposés au risque de l'infection à VIH.

Les organismes participants déploient aussi énormément d'efforts pour prévenir les grossesses à l'adolescence et les ITS chez les jeunes. Toutefois, les interventions visant à prévenir ces deux phénomènes auprès des enfants sont relativement rares.

Violence sexuelle

Dans l'ensemble, la violence sexuelle est la question qui retient le plus l'attention des organismes participants. La vaste majorité de ces derniers déclarent s'attaquer à ce problème (soulignant que la violence sexuelle a souvent des conséquences sur la santé sexuelle : ITS, grossesses, VIH). Leurs activités sont bien pensées et reposent sur des assises solides.

Ces efforts consistent en grande partie à dispenser du soutien et des services aux victimes de violence sexuelle : intervention d'urgence, counseiiing, groupes de soutien, soutien au cours de procès et refuge. Certains organismes s'adressent à des sous-groupes vulnérables, par exemple les femmes de la rue (Centre Coverdale), les jeunes (Adolescent Health Counselling Service), les Autochtones (St. John's Native Friendship Centre Association) et les lesbiennes (Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project). Les efforts visant à prévenir la violence par l'éducation sont aussi considérables, notamment des initiatives d'éducation publique, des programmes d'éducation conçus sur mesure pour certains groupes, des activités d'éducation par des pairs et des initiatives qui s'adressent aux individus (notamment des enfants d'âge scolaire et des jeunes) et aux familles. De plus, bon nombre d'organismes font de la formation notamment auprès de professionnels, d'intervenants du système de justice pénale, d'éducateurs.

Dans certaines provinces, des initiatives intersectorielles très structurées ont été conçues pour lutter contre la violence par des moyens divers, notamment le renforcement des capacités, la recherche et la politique publique. Un certain nombre de ces organismes traitent des problèmes de violence sexuelle qui se posent à tous les stades de la vie, et plusieurs s'intéressent presque exclusivement à la violence (p. ex. l'Avalon Sexual Assault Centre, le Women's Health Network of Newfoundland and Labrador, la Coalition contre l'abus dans les relations, la Provincial Strategy Against Violence, la Provincial Association Against Famiiy Violence).

Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, presque tous les organismes participants s'occupent d'une façon ou d'une autre de problèmes liés à la violence sexuelle. Les trois quarts des organismes interrogés à Terre-Neuve et presque les deux tiers de ceux de l'Île-du-Prince-Édouard s'intéressent à la violence sexuelle.

Une vaste majorité de ces activités sont axées sur les femmes. Dans toutes les provinces, le travail qui se fait contre la violence sexuelle est un peu plus orienté vers les adultes et les jeunes que vers les enfants et les personnes âgées. C'est surtout le cas des services offerts aux victimes de violence sexuelle. Les trois quarts de ces organismes s'intéressent aux jeunes, et près des deux tiers, aux adultes. Un peu plus du tiers des organismes interrogés disent axer leurs efforts de prévention ou de soutien aux victimes de violence sexuelle sur les enfants, et une minorité s'intéressent à la violence sexuelle à l'égard des personnes âgées.

Les groupes marginalisés qui sont les plus exposés au risque de violence sexuelle (les Autochtones et les personnes handicapées) reçoivent chacun l'attention de quelques organismes de chaque province, surtout sous forme de services offerts à toutes les victimes de violence et non pas de soutien spécialement adapté à leurs besoins (sauf lorsqu'il s'agit d'organismes qui s'occupent expressément de ces groupes [comme le Mi'kmaq Family Resource Centre, l'Association canadienne des paraplégiques]). Toutefois, ces sous-populations à risque sont comprises dans le mandat de certaines initiatives importantes qui visent à influer sur les politiques et à prévenir la violence à Terre-Neuve (la Provincial Strategy Against Violence, la Provincial Association Against Family Violence) et au Nouveau-Brunswick (la Coalition contre l'abus dans les relations).

VIH/sida

En ce qui concerne l'attention accordée par les organismes interrogés, le deuxième problème de santé sexuelle en importance est le VIH/sida. Près des trois quarts des organismes ont indiqué que le VIH/sida fait partie de leur champ d'intervention. Plus du quart d'entre eux s'occupent de prévenir la propagation du VIH/sida ou d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, des membres de leur famille et de leurs amis, et ce, à tous les stades de la vie. Plusieurs font partie du réseau d'organismes communautaires d'aide en matière de sida qui existe dans chaque province. Ils traitent aussi d'autres problèmes de santé sexuelle et génésique de personnes atteintes du sida ou infectées par le VIH, notamment les ITS et la violence sexuelle (c'est le cas de l'Atlantic First Nations AIDS Task Force, de l'AIDS PEI Community Support Group, du Newfoundland and Labrador AIDS Committee, de SIDA AIDS Moncton).

Comme dans le cas de la violence sexuelle, le VIH/sida a inspiré des stratégies intersectorielles bien conçues dans certaines provinces. Des initiatives provinciales pluridimensionnelles mises sur pied à Terre-Neuve (Department of Health and Community Services - Comprehensive HIV/AIDS Strategy) et en Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Advisory Commission on AIDS) témoignent de l'application d'une approche axée sur la santé de la population à cet important problème de santé sexuelle.

En ce qui a trait aux sous-populations vulnérables, près du tiers de ces organismes visent les jeunes hommes gais, alors que plus de la moitié s'intéressent à la propagation de l'infection à VIH chez les femmes. Moins du quart ciblent les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogues injectables. Quelques-uns d'entre eux axent leurs efforts sur les utilisateurs de drogues injectables, et distribuent des seringues ou dispensent d'autres services pour réduire les méfaits à l'intérieur de ce sous-groupe (Mainline Needle Exchange). Certains se concentrent sur les jeunes femmes de la rue vivant avec le VIH/sida, notamment des utilisatrices de drogues injectables (Centre Coverdale, Naomi Centre for Women).

Dans l'ensemble des provinces de la région, l'intensité des efforts consacrés au VIH/sida semble être à la mesure de l'ampleur du problème. C'est au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse que se trouve la plus forte proportion des organismes interrogés qui se penchent sur le VIH/sida dans leurs provinces respectives. Viennent ensuite Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard.

Infections transmises sexuellement

Dans la région de l'Atlantique, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard comptent le plus fort pourcentage d'organismes interrogés qui s'occupent de réduire, de détecter ou de traiter les ITS. Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, les organismes accordent moins d'attention aux ITS.

La plupart des organismes qui s'occupent du VIH/sida s'intéressent aussi aux ITS, conscients que les comportements à risque qui

engendrent des ITS ont aussi pour effet d'accroître les risques d'exposition au VIH. Les efforts axés sur les ITS consistent en grande partie en des activités d'éducation et de promotion de la santé auprès des jeunes et visent à encourager de saines pratiques sexuelles, notamment l'emploi de mesures de protection efficaces contre les infections. Des foires su la santé, des programmes mis en oeuvre dans les camps d'été, les jeux interactifs et d'autres jeux font partie des activités conçues pour optimiser les échanges avec les jeunes au sujet des ITS et d'autres risques relatifs à la santé sexuelle.

L'éducation auprès des jeunes consiste aussi à renseigner ces derniers sur les services de dépistage et de traitement des ITS. L'accès à ce genre de services témoigne de l'importance des efforts consacrés aux ITS. Les services de santé destinés aux jeunes (p. ex. les Cape Breton Youth Health Centres, l'Inner City Youth Connexion, Cumberland Family Planning, Planned Parenthood) visent à offrir à ces derniers un milieu accueillant, qui dispense un éventail de services, notamment de dépistage, de traitement, de counselling et de suivi des ITS.

La propagation des ITS chez certains groupes marginalisés, surtout des jeunes de la rue, des jeunes gais et des jeunes autochtones, est un phénomène qui préoccupe particulièrement les organismes qui s'occupent de cette clientèle (p. ex. l'Inner City Youth Connexion, Planned Parenthood, le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project, l'Atlantic First Nations AIDS Task Force). Dans l'ensemble, cependant, les interventions de la plupart des organismes interrogés semblent axées sur les jeunes en général.

Grossesses à l'adolescence

La question des grossesses à l'adolescence retient l'attention d'une forte proportion des organismes interrogés. Bon nombre de ces derniers qui s'intéressent aux ITS offrent aussi des programmes de prévention des grossesses et des services aux adolescentes enceintes et veillent au bon déroulement de la grossesse de celles qui choisissent de la mener à terme.

La plus forte proportion d'organismes interrogés dont le mandat comprend les grossesses à l'adolescence se trouvent à l'Île-du-Prince-Édouard. Viennent ensuite la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick. Dans les quatre provinces, les efforts axés sur les grossesses à l'adolescence sont essentiellement dirigés vers les adolescentes (bien que les programmes provinciaux d'éducation sanitaire et des organismes tels que Planned Parenthood cherchent à renseigner les enfants d'âge scolaire sur la santé sexuelle et à promouvoir la santé sexuelle auprès de ces derniers, l'objectif consistant entre autres à prévenir les grossesses).

Si les grossesses à l'adolescence sont sans doute plus répandues chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population, une très faible proportion des organismes interrogés s'attaquent à ce problème.

Infertilité

Moins du tiers des organismes interrogés s'emploient activement à réduire l'infertilité. En général, ceux qui déclarent s'y intéresser cherchent à prévenir l'infertilité par le biais d'activités destinées à réduire les ITS et leurs conséquences à long terme. (Toutefois, près de la moitié d'entre eux n'incluent pas l'infertilité dans leur mandat). Ces efforts sont dirigés vers les adultes et les jeunes.

Seul un organisme interrogé (la Clinique de reproduction) s'occupe du traitement de l'infertilité. Plusieurs, cependant, déclarent adresser les cas à des centres de traitement.

Près de la moitié des organismes de la Nouvelle-Écosse visés par notre enquête s'intéressent à l'infertilité. C'est aussi le cas de trois organismes du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve et d'un organisme de l'Île-du-Prince-Édouard.

Insuffisance pondérale à la naissance

À l'instar de l'infertilité, l'insuffisance pondérale à la naissance ne figure pas en tête de liste des priorités de la plupart des organismes interrogés. La prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance fait partie du mandat d'un organisme sur trois. Ceux qui s'intéressent à la question l'intègrent généralement à la diversité des efforts qu'ils mènent pour améliorer la santé sexuelle des adolescents et pour réduire les grossesses à l'adolescence. Certains organismes, toutefois, mettent l'accent sur les soins prénatals et périnatals dans le but précis d'améliorer l'issue des grossesses, notamment le poids des bébés à la naissance et la santé des enfants (les programmes de soins génésiques, le Prenatal Nutrition Intervention Program, la Brighter Futures Coalition).

La moitié des programmes visés par l'enquête à l'Île-du-Prince-Édouard s'intéressent au problème de l'insuffisance pondérale à la naissance, alors que la proportion est de un sur trois en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Les organismes qui s'occupent de cette question sont moins nombreux à Terre-Neuve.

Autres questions

Bien que les questions évoquées ci-dessus soient les principaux problèmes liés à la santé sexuelle et génésique cités dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, le champ d'intervention des organismes qui s'occupent de prévention et de promotion de la santé sexuelle et génésique dans la région de l'Atlantique ne se limite pas aux six problèmes analysés dans la section 3.3. La liste des « autres questions » qui retiennent leur attention est fournie à l'annexe 2.

Plusieurs des « autres questions » peuvent être regroupées selon des thèmes communs : *la santé sexuelle à un stade avancé de la vie,* notamment la ménopause, les cancers de l'appareil génital et la sexualité des personnes âgées; *les habitudes de vie et la capacité d'adaptation personnelles*, par exemple les diverses formes de dépendance, la gestion de la colère, l'image corporelle, les troubles de l'alimentation, les relations saines, l'utilisation de drogues injectables, le SPM, l'estime de soi, l'identité sexuelle, la prévention du suicide, et *les valeurs sociétales*, les questions concernant les gais et les lesbiennes, l'hétérosexisme, l'homophobie, l'identité sexuelle.

Bien que les deux derniers groupes de questions ne soient pas classés dans la catégorie des problèmes de santé sexuelle les plus critiques dans le cadre de référence, il s'agit clairement de questions « en amont » dans la perspective des déterminants de la santé, et montrent que certains organismes ont assimilé une approche axée sur la santé de la population dans leur façon d'aborder la santé sexuelle et génésique.

3.4 Application de principes de la santé de la population par les organismes visés par l'enquête

Afin de structurer la partie de l'analyse qui concerne *la façon de procéder*, nous avons mis au point une matrice qui indique les orientations stratégiques définies dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* et des mécanismes communs utilisés en promotion de la santé et en prévention. Dans la matrice, présentée dans la figure 7, les *Orientations stratégiques* (qui guident les activités des organismes) concernent aussi bien des activités qui visent des individus que des interventions qui touchent des populations entières.

		MÉCANISMES				
		Programmes ➡ Processus intersectoriels				
Population d'intérêt	*ORIENTATION STRATÉGIQUE*	*Dispenser soutien/ services*	*Miser sur l'éducation*	*Miser sur la formation*	*Renforcer la capacité des communautés*	*Améliorer les connaissances*	*Influer sur les politiques publiques*
	Conditions sociales et économiques						
	Environnement physique	➡	➡	*Activités*	*en amont*	➡	➡
	Valeurs sociétales						

i	*Accès aux services*						
v							
i	*Familles et collectivités*						
d							
u	*Choix personnels*						

Figure 7 : Cadre d'analyse des initiatives axées sur la santé sexuelle et génésique

Les *mécanismes*, qui figurent sur l'axe horizontal, désignent la diversité des interventions, processus et approches qui décrivent la façon de mettre en oeuvre les stratégies destinées à améliorer l'état de santé sexuelle et génésique[73]. Il s'agit aussi bien de programmes qui visent à changer les individus que de processus destinés à influencer de vastes populations. À mesure que l'on avance dans le continuum qui va des Programmes aux Processus, la probabilité que l'application des stratégies fasse appel à la collaboration intersectorielle augmente.

La partie ombrée de la figure 7 correspond aux activités en amont relatives à la santé de la population : les programmes et processus visant à intervenir le plus tôt possible dans la chaîne de causalité. Le renforcement des capacités, l'amélioration des connaissances et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé (la zone la plus sombre) implique généralement des processus qui ont les répercussions les plus étendues, à l'échelle de la population, alors que la prestation de services (les zones les plus claires) suppose le plus souvent des programmes qui ont une incidence sur la vie des individus. Les programmes d'éducation et de formation (la zone moyennement ombrée) se situent entre les deux : des interventions qui visent des individus et qui peuvent avoir des répercussions étendues.

Dans l'ensemble, les cellules où les Orientations stratégiques et les Mécanismes se recoupent illustrent des *activités*. Chaque cellule offre une description abrégée de certains types d'activités, soit de la façon dont les organismes interrogés abordent les problèmes de santé sexuelle et génésique évoqués plus haut. Les organismes sont représentés dans les cellules à la lumière de l'information recueillie sur leurs activités à l'aide du sondage.

La figure 8 offre un aperçu des activités axées sur la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique. Les organismes ont été représentés dans les cellules qui décrivent leurs activités. Comme le champ d'intervention de bon nombre d'organismes implique plus d'une Orientation stratégique, et que la plupart des organismes font appel à plus d'un Mécanisme, il arrive que certains organismes figurent dans plusieurs cellules. C'est pourquoi la « carte conceptuelle » des activités incluses dans la figure 8 comprend plus de 52 entrées, et rend compte d'environ tous les efforts consacrés par ces organismes aux activités de prévention et de promotion.

3.4.1 Aperçu des activités

Cette section passe en revue les activités selon les stratégies exposées dans le cadre de référence et les mécanismes liés à la santé de la population, illustrés dans les figures 7 et 8.

Choix personnels

Dans les quatre provinces, les efforts axés sur la santé sexuelle et génésique visent principalement à améliorer les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles pour que les individus fassent des choix judicieux en matière de sexualité et de procréation. Dans chaque province, tous les mécanismes prévus pour l'application du concept de la santé de la population sont mis en oeuvre pour renforcer les habitudes de vie et les compétences d'adaptation des individus. On pourrait citer à ce propos l'éducation sanitaire dans les écoles et dans d'autres milieux (comme les consultations gynécologiques de dépistage, les centres d'accueil pour jeunes, les centres de ressources pour femmes, les centres d'accueil autochtones, les centres de services aux immigrants), le diagnostic clinique et le suivi, le counselling, le soutien offert par les services sociaux et le système de justice pénale, les renseignements sur les pratiques sexuelles sans risque et la contraception, le renforcement de la capacité d'offrir des services dans les collectivités par la formation de bénévoles et l'établissement de partenariats, la collecte de renseignements sur les besoins en services et la planification et l'exercice de pressions pour l'adoption de politiques à l'appui des programmes et des services.

Orientations stratégiques des initiatives relatives à la santé sexuelle et génésique

Choix personnels : Offrir à tous les individus la possibilité d'acquérir et de conserver des connaissances, des attitudes, des capacités, des compétences et des comportements requis pour faire des choix judicieux en matière de sexualité et de procréation.

Valeurs sociétales : Promouvoir des valeurs et des attitudes positives à l'égard de la sexualité et de la procréation dans la société, qui permettent et soutiennent la prise de décisions personnelles favorables à la santé tout au long de la vie.

Accès aux services : Faciliter l'accès équitable à des services de santé efficaces en supprimant les facteurs physiques, comportementaux et psychologiques qui font obstacle à la promotion, à la protection et au rétablissement de la santé sexuelle et génésique et à la prévention de problèmes sur ce plan.

Environnement physique : Atténuer les facteurs de risque et les dangers, dans l'environnement physique, pour la santé sexuelle et génésique.

Familles et communautés : Renforcer la capacité des familles et des communautés de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique de leurs membres.

Conditions sociales et économiques : Atténuer les conditions sociales et économiques défavorables, en particulier la pauvreté et la discrimination, qui limitent les possibilités d'améliorer la santé sexuelle et génésique.

Recherche, évaluation et information : Stimuler et soutenir les recherches et les évaluations portant sur les facteurs et les interventions de nature à améliorer la santé sexuelle et génésique, et veiller à la disponibilité des informations susceptibles de faciliter la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces.

Source : Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique, 1998.

****

Prestation de services/de soutien : Offrir aux individus des interventions en santé destinées à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter des problèmes sexuels et (ou) génésiques, à réduire les méfaits et (ou) à rétablir et à maintenir la santé sexuelle et génésique.

Éducation : Dispenser de l'information aux individus et aux groupes pour qu'ils soient mieux renseignés sur la santé sexuelle et génésique et sur les ressources mises à leur disposition pour qu'ils prennent des décisions judicieux en matière de sexualité et de reproduction.

Formation : Permettre aux individus d'acquérir des compétences et leur enseigner des pratiques appropriées pour qu'ils puissent faire des choix judicieux en matière de santé sexuelle et génésique; permettre aux individus et aux groupes d'acquérir les compétences voulues pour élaborer des ressources et renforcer leurs capacités.

Renforcement de la capacité des collectivités : Orienter les ressources des collectivités vers la création et le maintien de structures et de processus à l'appui de la promotion de la santé sexuelle et génésique et de la prévention des problèmes de santé sexuelle et génésique.

Amelioration des connaissances : Entreprendre, réaliser et/ou appuyer des travaux de recherche et d'évaluation en vue de renseigner les responsables des politiques publiques sur les facteurs et les interventions qui favorisent et améliorent la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie.

Influence sur les politiques : Mener les activités de planification ou de défense d'intérêts voulus pour faire en sorte que soient élaborées et adoptées dans tous les secteurs des politiques publiques qui favorisent et améliorent la santé sexuelle et génésique tout au long de la vie.

	MÉCANISMES					
	Programmes ➡ Processus intersectoriels					
ORIENTATION STRATÉGIQUE	*Dispenser soutien/ services*	*Miser sur l'éducation*	*Miser sur la formation*	*Renforcer la capacité des communautés*	*Améliorer les connaissances*	*Influer sur les politiques publiques*
Conditions sociales et économiques	♦♦♦♦	♦♦				♦♦♦
Environnement physique						
Valeurs sociétales	♦♦	♦♦♦ ♦♦	♦♦♦		♦	♦♦♦
Accès aux services	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦	♦♦♦	♦♦♦	♦♦♦♦	♦♦♦
Familles et collectivités	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦	♦♦♦♦ ♦♦♦	♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦
Choix personnels	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦	♦♦♦♦ ♦♦♦♦ ♦♦♦♦

Figure 8 : Aperçu des activités qui traitent de la santé sexuelle et génésique dans les provinces de l'Atlantique

Familles et collectivités

Au deuxième rang des priorités figurent les efforts visant à accroître la capacité des familles et des collectivités de maintenir et d'améliorer la santé sexuelle et génésique. Là encore, tous les mécanismes accessibles sont mis à contribution, mais l'accent est mis sur le soutien et l'éducation. Parmi les activités axées sur le renforcement de la capacité des familles, on pourrait citer les visites d'infirmières et les séances d'éducation parentale à l'intention des mères adolescentes, le counselling et les groupes de soutien pour les familles de gais et de lesbiennes et de personnes vivant avec le VIH/sida, les ateliers sur les rapports parents-adolescents et les programmes destinés à améliorer la communication entre les parents et les adolescents.

Paradoxalement, le renforcement des capacités (le fait de mettre en valeur les ressources dont disposent les collectivités pour mettre en oeuvre des mesures d'aide à la famille et à la collectivité) est l'un des mécanismes le moins couramment utilisés pour renforcer les familles et les collectivités. Il existe relativement peu d'exemples de ressources affectées à la mise en place de structures ou de processus dans les collectivités, mais d'après les réponses fournies par ces organismes, il y a cependant des

exceptions à la règle : création de centres locaux de santé pour les jeunes, mise en valeur des aptitudes au leadership chez les adolescents appelés à intervenir auprès de leurs pairs, formation des responsables de l'application de la loi pour les cas de violence familiale et élaboration de meilleures pratiques en matière de soins génésiques.

De plus, les efforts menés pour faire avancer les connaissances sur la façon d'influencer les familles et les collectivités sont beaucoup plus rares que ceux qui visent la façon d'influencer les individus. Une exception mérite toutefois d'être signalée : une initiative importante menée à Amherst (Nouvelle-Écosse), qui vise à promouvoir une sexualité saine chez les adolescents et qui implique un partenariat entre les collectivités locales et les universités dans le cadre de recherches actives sur le renforcement des capacités.

Accès aux services

L'accès aux services consiste à supprimer les barrières physiques, comportementales et psychologiques qui empêchent certains de bénéficier des services. Dans les provinces de l'Atlantique, bon nombre des organisations interrogées font des efforts dans ce sens. Une majorité d'organismes du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard et environ le tiers de ceux de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse offrent des services et diverses formes d'appui pour améliorer l'accès. C'est le cas notamment de centres d'accueil pour jeunes où les adolescents peuvent bénéficier de services qui correspondent à leurs préoccupations, des initiatives communautaires qui visent à renseigner les utilisateurs de drogues injectables sur les échanges de seringues, de constitution de réseaux pour aider les intervenants à orienter les cas vers les sources d'aide appropriées, de l'accès des personnes en fauteuil roulant aux locaux où sont dispensés les services, de matériel vidéo à l'intention des malentendants, de tests anonymes de dépistage du VIH, de régionalisation des meilleures pratiques en soins génésiques et d'ateliers sur l'orientation sexuelle à l'intention d'élèves de niveau secondaire.

Questions en amont

La plupart des organismes interrogés ne s'attaquent pas systématiquement aux causes profondes de ces problèmes : les inégalités qui empêchent certains de profiter pleinement de tous les avantages sociaux et économiques. Conscients du rôle joué par les grands déterminants de la santé, mais dans bien des cas impuissants à agir sur ces plans, la majorité des organismes cherchent à réduire leurs répercussions sur la santé de la population plutôt qu'à les prévenir.

Plus précisément, rares sont les organismes qui tentent de limiter les conditions sociales et économiques qui restreignent l'accès à la santé sexuelle et génésique. Ceux-là font appel au soutien/aux services, à l'éducation et à la défense de l'intérêt public pour modifier les conditions sociales et économiques qui se répercutent sur leurs clients. Ces initiatives consistent entre autres à aider et à inciter les individus à relever leur niveau d'instruction, à offrir des logements avec services de soutien et à presser les gouvernements d'adopter des politiques d'aide sociale et des politiques favorables aux femmes.

De même, la plupart de ces organismes n'appliquent pas de stratégie en vue de promouvoir des valeurs sociétales positives à l'égard de la sexualité. Sauf à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, où plusieurs organismes ont recours aux programmes d'éducation pour favoriser des attitudes positives face à la sexualité, rares sont les efforts entrepris systématiquement pour exercer une influence sur les attitudes et les valeurs. Les organismes qui s'y attaquent sont généralement ceux qui s'intéressent à la situation des gais et des lesbiennes et qui cherchent à éliminer l'homophobie et l'hétérosexisme par le biais de l'éducation.

Aucun des 52 organismes interrogés dans les provinces de l'Atlantique ne s'emploie activement à atténuer les risques et les conditions présents dans l'environnement physique, qui nuisent à la santé sexuelle et génésique.

L'annexe 3 présente des profils détaillés du travail accompli par les organismes interrogés dans les provinces de l'Atlantique. Ces profils indiquent les stratégies utilisées par les organismes dans chaque province, les secteurs où les activités se déroulent, les stades de la vie touchés, l'utilisation d'une approche « en amont », la prise en compte des besoins des groupes marginalisés et l'accent mis sur les problèmes de santé sexuelle critiques.

3.5 Lacunes observées dans les activités visées par l'enquête

Malgré l'intensité et l'ampleur des efforts accomplis par ces 52 organismes, il y a certaines questions qui sont laissées de côté, et qui pourraient être considérées comme des lacunes, dans l'optique du document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*[74].

Groupes marginalisés

L'approche axée sur la santé de la population reconnaît que certains sous-groupes présentent plus de risque que l'ensemble de la

population, en raison de conditions qui restreignent leurs possibilités et qui les contraignent à vivre en marge de la société. Dans le cadre de cette étude, des éléments d'information ont été recueillis sur les efforts entrepris auprès de certains groupes marginalisés qui sont davantage exposés aux risques de problèmes de santé sexuelle et génésique critiques que la population générale : les femmes, les Autochtones, les jeunes de la rue, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes handicapées, les hommes ayant des relations homosexuelles, les gais et les lesbiennes et les minorités visibles. Bon nombre des organismes interrogés axent leurs efforts sur un ou plusieurs de ces groupes, et tiennent compte des risques particuliers auxquels ils sont exposés, et quelques rares organismes s'occupent particulièrement d'un groupe marginalisé. La remarque vaut surtout dans le cas des femmes, des gais et des lesbiennes, et dans une moindre mesure, des Autochtones et des jeunes de la rue.

Certains de ces groupes marginaux semblent cependant laissés pour compte. Exception faite du travail accompli par l'Association canadienne des paraplégiques à Terre-Neuve et au Labrador, et d'un vidéo pour les jeunes sourds produit par le Cumberland County Family Planning, rares sont les activités des organismes interrogés qui visent les personnes handicapées. Les organismes participant à l'enquête semblent disposer de peu de ressources pour les sourds, les personnes ayant une déficience visuelle, physique ou intellectuelle. Étant donné les risques élevés d'abus sexuel auxquels sont exposées les personnes handicapées en général, il s'agirait là d'une lacune importante.

Les minorités visibles semblent être un autre groupe négligé. Les interventions en santé sexuelle et génésique de la plupart des organismes interrogés ne visent pas les Canadiens de la région de l'Atlantique d'origine africaine et asiatique, par exemple, ni les immigrants de fraîche date, même si les risques de problèmes de santé sexuelle et génésique sont sans doute plus élevés dans ces populations en raison de certaines conditions économiques et culturelles défavorables (l'Association multiculturelle du Grand Moncton fait clairement figure d'exception). Il n'existe pas d'information rapidement et facilement utilisable sur l'état de santé sexuelle des minorités visibles ni sur la capacité de faire face à leurs problèmes de santé sexuelle.

Le manque d'information sur les Autochtones et d'attention spécifiquement accordée à cette population est une autre lacune à combler. Les interventions auprès des Autochtones sont essentiellement menées par des organismes autochtones. Seulement un organisme interrogé sur quatre répond aux besoins des Autochtones, alors qu'il s'agit de l'une des sous-populations les plus vulnérables. On ne dispose d'aucune donnée statistique fiable sur les problèmes de santé sexuelle et génésique des Autochtones, bien que les intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle dans les réserves et dans les villes se montrent préoccupés par les taux élevés de grossesse à l'adolescence, d'ITS et d'infections à VIH.

Les organismes voués à la protection de la santé des Autochtones (p. ex. l'Atlantic First Nations AIDS Task Force) appliquent généralement des modèles autochtones axés sur le mieux-être et la spiritualité, de sorte qu'ils sont mieux outillés que les organismes non autochtones pour intervenir efficacement auprès de cette population. Ils peuvent être très utiles aux organismes non autochtones qui s'occupent des problèmes de santé sexuelle et génésique des Autochtones.

Conditions sociales et économiques/Valeurs sociétales

Les organismes interrogés étaient relativement peu nombreux à ériger en priorité la promotion de valeurs positives à l'égard de la sexualité ou l'amélioration des conditions sociales et économiques, bien que des exceptions aient été relevées. Dans le contexte de la santé de la population, il s'agit là des facteurs les plus globaux qui se répercutent sur la santé. Pour intervenir à ce niveau, il faut déterminer quelles sont les conditions sur lesquelles agir pour améliorer la santé (sexuelle et génésique), par exemple l'itinérance, la pauvreté, l'homophobie. Il faut ensuite élaborer des stratégies qui auront une incidence sur la santé de la population (par exemple construire plus de maisons de transition, créer des emplois et modifier les attitudes de la population par le biais de l'éducation et du marketing social) ou qui auront au moins pour effet d'atténuer l'impact de ces conditions sur la santé (par exemple offrir du soutien social aux jeunes de la rue et leur permettre d'acquérir des capacités d'adaptation; offrir une formation professionnelle et des services de placement aux mères adolescentes; prévoir des groupes de soutien par des pairs pour les jeunes gais et lesbiennes).

Dans les provinces de l'Atlantique, on connaît bien les conditions générales qui doivent être changées pour améliorer l'état de santé sexuelle et génésique de la population. Toutefois, on a adopté peu de mesures concrètes pour agir sur ces déterminants et améliorer la santé sexuelle et génésique.

Amélioration des connaissances

En comparaison de la somme d'efforts consacrés par les organismes interrogés à des activités plus « en aval », l'amélioration des connaissances en vue d'orienter les politiques publiques est un secteur relativement négligé. Au même titre que les politiques publiques, l'information et la recherche destinées à faciliter l'élaboration de politiques publiques sont des outils essentiels à toute intervention axée sur les déterminants de la santé.

La base de données probantes sur la santé de la population se constitue non seulement au moyen de recherches sur des questions spécifiquement liées à la politique, mais aussi grâce à des connaissances acquises sur le terrain, sur les interventions efficaces et les

interventions nécessaires. Dans cette optique, il est indispensable de surveiller et d'évaluer les résultats des programmes. Pourtant, les organismes visés par cette enquête (sauf un ou deux) consacrent relativement peu d'efforts à la collecte de données probantes nécessaires à l'élaboration d'options en matière de politique publique. Très peu d'organismes entreprennent des recherches à l'appui des politiques publiques.

Notre enquête a mis en évidence certaines lacunes dans les connaissances auxquelles il faudrait remédier par le biais de recherches, la principale étant l'absence de renseignements sur les sous-populations de la région. En effet, on ne sait pas grand-chose des problèmes de santé sexuelle et génésique auxquels font face certains groupes marginalisés (les Autochtones, les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes hommes gais, les personnes handicapées et les minorités visibles), ni sur la capacité d'y remédier. Les efforts menés actuellement sur le plan de l'action sociale portent-ils fruit? Comment peut-on joindre les Autochtones vivant en milieu urbain? Les grands problèmes de santé sexuelle sont-ils les mêmes ou différents d'une minorité culturelle et raciale à l'autre dans la région?

Un autre secteur où les connaissances font défaut concerne les graves problèmes de violence sexuelle. Qu'est-ce qui explique que les taux d'agression sexuelle soient toujours élevés dans la région de l'Atlantique par rapport à l'ensemble du Canada? Pourquoi, malgré les efforts structurés et globaux entrepris pour combattre la violence par de multiples secteurs, la violence sexuelle demeure-t-elle répandue? Des recherches sur la question pourraient orienter les interventions axées sur la santé de la population.

Il y a une autre lacune à combler si l'on veut faciliter l'adoption de politiques favorables à la santé sexuelle et génésique, à savoir le manque d'information sur la capacité de faire face aux problèmes de santé sexuelle dans les collectivités rurales. On retrouve dans le milieu rural bon nombre des conditions qui représentent des risques pour la santé de la population : décroissance économique, isolement social, conservatisme, manque d'accès aux services de santé et perspectives généralement restreintes. Pourtant, d'après notre enquête, les mesures de promotion de la santé sexuelle et génésique et de prévention, dans l'optique de la santé de la population, sont relativement peu nombreuses dans les communautés rurales (exception faite des services provinciaux de santé publique et de quelques rares initiatives importantes en cours dans certaines régions rurales de la Nouvelle-Écosse). Comme la région de l'Atlantique est en grande partie rurale (et étant donné que les problèmes de santé sexuelle peuvent gagner les communautés rurales, comme en témoigne le triste exemple du nord de la Baie de Conception), une question importante à laquelle il faudrait répondre par le biais de recherches est de savoir si les collectivités rurales de la région ont la capacité voulue pour appliquer une approche axée sur la santé de la population dans le secteur de la santé sexuelle et génésique?

Ces lacunes ayant été signalées, il importe aussi de souligner les travaux de recherche pertinents réalisés par les organismes interrogés et d'autres qui ne sont pas visés par notre enquête. Outre les efforts remarquables de l'Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality et de la Women's Health Network of Newfoundland, par exemple, des recherches pertinentes (dont ne rend pas compte cet aperçu) sur la politique relative à la santé sexuelle et génésique sont subventionnées par les gouvernements et réalisées de concert avec de nombreuses universités de la région. On pourrait à cet égard citer les travaux de recherche sur la violence dans les fréquentations menés par le Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research, et les enquêtes exhaustives sur la consommation de drogues chez les adolescents (qui comprennent des questions sur l'activité sexuelle), parrainées par les ministères provinciaux de la santé des quatre provinces de l'Atlantique de concert avec les universités.

Pour ce qui est de l'acquisition de connaissances sur le terrain, bon nombre d'organismes interrogés disent évaluer les résultats de leurs travaux. En fait, cependant, les véritables évaluations des résultats (p. ex. une diminution de l'incidence des ITS, de la grossesse à l'adolescence, des agressions sexuelles) sont rares. Ce que la plupart des organismes évaluent c'est la satisfaction de la clientèle à l'égard de certains programmes, et non pas l'issue finale de ces programmes. Ce constat n'a rien d'étonnant, étant donné la difficulté que pose l'établissement de liens de causalité entre les programmes (et les processus) et les résultats. Quoi qu'il en soit, les informations que permettent d'obtenir des évaluations de résultats bien conçues sont essentielles si l'on veut que les décideurs fassent des choix éclairés au sujet de l'affectation des rares ressources disponibles.

Renforcement des capacités

À l'instar d'autres activités indiquées dans le quadrant supérieur droit de la figure 7, le renforcement des capacités en amont est relativement sous utilisé par bon nombre des organismes interrogés. Les exemples de ressources affectées à la mise en place de structures et de processus communautaires viables destinés à améliorer les grands déterminants de la santé (comme les conditions sociales et économiques et les valeurs sociétales) sont rares.

Il existe cependant des exemples de recours au renforcement des capacités en vue d'améliorer l'accès aux services de santé et la capacité des individus à faire des choix judicieux en matière de sexualité et de procréation. On pourrait à cet égard citer des partenariats établis entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les collectivités locales à Terre-Neuve, qui ont réussi à mobiliser de vastes efforts communautaires dans le sens d'une régionalisation des interventions dans divers domaines : prévention du VIH/sida, éducation, dépistage, traitement, soins et soutien à domicile. Cette collaboration intersectorielle, appuyée financièrement par les autorités provinciales et fédérales est riche d'enseignement pour d'autres provinces qui se préoccupent de l'accès aux services en milieu rural.

Parmi les exemples de renforcement des capacités, on pourrait signaler le travail accompli par l'organisme Planned Parenthood, au Cap-Breton, qui incite ses clients à assumer la responsabilité de la mise en oeuvre de programmes, de l'élaboration de projets et de la publicité. Au Nouveau-Brunswick, le Centre de ressources et de crises familiales Beauséjour s'emploie à mobiliser les efforts de la communauté pour contrer la violence familiale. Il a mis au point et distribue une trousse sur la création d'un organisme communautaire. Plusieurs organismes contribuent au renforcement des capacités en prenant part à des comités et groupes de travail parrainés par le gouvernement, notamment la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health et la Provincial Strategy Against Violence, à Terre-Neuve.

Il ne faut sans doute pas s'étonner de ce que les organismes visés par notre enquête n'aient pas couramment recours à l'intervention qui a la plus vaste portée en santé de la population. En effet, il n'est pas facile d'agir sur les conditions sociales et économiques, si ce n'est par des interventions de portée très générale. Malgré tout, certaines activités menées par ces organismes méritent d'être signalées : des initiatives qui visent les attitudes et les valeurs à l'égard des gais et des lesbiennes (par exemple le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project, Parents and Families of Lesbians and Gays) et la sexualité chez les jeunes (la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health) et des initiatives visant à améliorer les perspectives d'emploi des personnes à risque sur le plan de la santé sexuelle (notamment l'AIDS PEI Community Support Group, l'Association canadienne des paraplégiques; le Newfoundland and Labrador AIDS Committee) sont des exemples remarquables d'efforts entrepris à l'échelle communautaire pour agir sur les grands déterminants de la santé.

Politique publique

Une autre lacune observée dans les activités de ces organismes, qui sont dans bien des cas des initiatives importantes dans le secteur de la santé sexuelle et génésique, est la relative absence d'efforts axés sur la politique relative à la santé sexuelle. Selon les praticiens interrogés, il y a lieu de mettre en place des politiques (lignes directrices autorisées en matière de santé sexuelle, normes régissant la pratique et objectifs concernant la réduction des problèmes de santé sexuelle et génésique) pour appuyer leurs efforts. Les politiques sont de toute évidence un point de départ important pour les interventions. Toutefois, si l'on veut qu'elles aient un impact sur l'état de santé sexuelle et génésique de vastes populations et sur les déterminants de la santé, les politiques doivent déborder le strict cadre de la santé et englober entre autres l'économie, le domaine social, l'emploi, la justice et le patrimoine.

Environnement physique

Les organismes visés par notre enquête ne se penchent pas sur les facteurs de risque pour la santé sexuelle et génésique présents dans l'environnement physique. Le genre de risques et de conditions auxquels il faudrait s'attaquer sont relativement mal définis dans le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, qui cite toutefois comme exemples l'innocuité des méthodes contraceptives et l'exposition aux substances chimiques toxiques. De nombreux organismes de la région de l'Atlantique traitent des facteurs environnementaux qui représentent des risques pour de vastes populations, notamment des risques pour la santé sexuelle et génésique (entre autres l'exposition aux rayonnements, la fumée de tabac secondaire, les hormones de synthèse). Le travail accompli par ces organismes (essentiellement) intéressés par la protection de l'environnement pourrait être considéré comme des efforts de protection de la santé de la population, mais aucune de ces initiatives n'était visée par cette enquête. De même, les risques associés entre autres aux méthodes contraceptives et aux produits pharmaceutiques relèvent généralement du champ d'intervention des organismes voués à la protection des consommateurs, qui n'étaient pas non plus inclus dans cette enquête.

3.6 Points forts des activités visés par l'enquête

Les organismes interrogés ont un champ d'action qui englobe un vaste éventail de questions liées à la santé sexuelle et génésique et leurs points forts méritent d'être soulignés. Il existe dans chaque province des initiatives importantes qui innovent en matière de prévention et de promotion de la santé, qui sont axées sur la santé de la population, qui s'attaquent aux problèmes critiques posés par la santé sexuelle et génésique, qui ciblent l'ensemble de la province tout en répondant aux besoins des populations les plus vulnérables et qui atteignent leurs objectifs grâce à la collaboration intersectorielle. Certains de ces organismes, qui s'intéressent depuis de nombreuses années à la prévention et à la promotion de la santé sexuelle et génésique, connaissent à fond les problèmes et les moyens d'y remédier.

Il existe une correspondance étroite entre les problèmes de santé sexuelle et génésique critiques et les activités de ces organismes. La plupart des organismes interrogés font une place de choix aux grandes questions (la violence sexuelle à l'égard des enfants, des jeunes et des adultes, la grossesse à l'adolescence, les ITS chez les jeunes, la propagation des infections à VIH, surtout par le biais de contacts hétérosexuels et de l'utilisation de drogues injectables).

Accent mis sur la jeunesse

L'un des grands points forts des organismes interrogés est sans contredit l'importance accordée aux jeunes et aux enfants. Les jeunes, qui sont nombreux à avoir des relations sexuelles non protégées, sont les plus exposés aux risques de problèmes de santé sexuelle et génésique les plus critiques, surtout les ITS, les grossesses à l'adolescence et la violence sexuelle. Dans les provinces de l'Atlantique, plusieurs initiatives visées par l'enquête sont fortement orientées vers les jeunes; plusieurs (l'Adolescent Health Counselling Service, l'Inner City Youth Connexion, l'Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality, le programme d'éducation sexuelle du ministère de l'éducation, le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project, la Nova Scotia Round Table on Youth Sexual Health, les centres de santé pour les jeunes du Cap-Breton, le programme Parents adolescents responsables mis en oeuvre par les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada) misent sur le renforcement des capacités en faisant participer les jeunes à la planification et à la prise de décisions.

Parmi les approches novatrices en matière de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes, on pourrait citer : des programmes visant à améliorer l'estime de soi (par exemple un camp d'été pour filles, axé sur l'estime de soi, créé par le Cumberland County Family Planning), à aider les jeunes à participer activement à la vie communautaire en leur offrant un milieu sûr, qui favorise l'acquisition d'aptitudes au leadership (p. ex. le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project), à acquérir des capacités d'adaptation, comme la gestion de la colère et la capacité d'établir des relations saines (les centres de santé pour les jeunes du Cap-Breton), et à amener les collectivités à se préoccuper de la santé sexuelle des jeunes (la trousse « Just Loosen Up and Keep Talking », la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health). Ces initiatives constituent de solides assises pour les interventions axées sur la santé sexuelle des jeunes dans l'optique de la santé de la population.

Collaboration

Un autre point fort des organismes interrogés est la place importante faite à la collaboration et au partenariat. Presque tous les organismes visés par notre enquête misent sur la collaboration, aussi bien ceux qui orientent les clients vers les dispensateurs de services d'autres secteurs, que ceux qui offrent des programmes axés sur l'acquisition de compétences, ceux qui forment des coalitions au sein des collectivités, et les associations et les groupes de travail formés de représentants de nombreux secteurs. La plupart semblent mettre toutes les ressources disponibles en matière de constitution de réseaux et de renforcement des capacités au service de l'établissement de partenariats qui appuieront leurs efforts.

Cela dit, la collaboration semble encore se faire essentiellement dans le secteur de la santé, entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales. Les partenariats intersectoriels sont rares. Les organismes qui cherchent à éliminer la violence (sexuelle) offrent quelques-uns des meilleurs exemples de collaboration intersectorielle. Leurs partenariats avec le secteur de la justice pénale et avec les responsables de l'application de la loi sont bien établis. Certains organismes qui s'occupent de la santé sexuelle des jeunes collaborent aussi avec le secteur de l'éducation. Il existe aussi une certaine collaboration avec le secteur des services sociaux, surtout chez les organismes qui ont souvent affaire à des groupes marginalisés.

Étant donné l'ampleur de la collaboration, la coopération avec le secteur privé est étonnamment restreinte. Dans les rares cas où elle existe, elle concerne surtout les initiatives de placement. Les organismes qui travaillent de concert avec les employeurs, comme l'AIDS PEI Community Support Group et l'Association canadienne des paraplégiques (Terre-Neuve et Labrador), par exemple, ont certainement tiré de leur collaboration avec le secteur privé dans ce domaine important lié à la santé de la population des leçons qui pourraient profiter à d'autres.

Constitution de réseaux

Un autre point fort de bon nombre d'organismes interrogés dans la région de l'Atlantique concerne la constitution de réseaux bien établis et la capacité de travailler en réseau. Les réseaux régionaux de dispensateurs de services, surtout parmi les organismes communautaires d'aide en matière de sida (notamment l'Atlantic First Nations AIDS Task Force, SIDA AIDS Moncton, l'AIDS PEI Community Support Group, le Newfoundland and Labrador AIDS Committee), les réseaux provinciaux (surtout Planned Parenthood Nova Scotia et les organismes locaux associés, le Newfoundland and Labradaor Women's Health Network) et les programmes de santé publique axés sur la santé génésique de chaque province témoignent tous d'une capacité de collaboration soutenue dans le secteur de la santé sexuelle et génésique dans la région.

Capacité de formation

Un des grands atouts de bon nombre des organismes interrogés est leur capacité de formation. Beaucoup d'organismes ont à leur service des employés rémunérés ou bénévoles qui forment régulièrement d'autres praticiens, professionnels et groupes communautaires. Ainsi, certains forment des instructeurs; d'autres forment des jeunes pour qu'ils puissent offrir à leurs pairs des séances d'éducation axées sur la santé sexuelle, la violence et les relations saines. Beaucoup offrent de la formation axée sur diverses capacités fonctionnelles et sur les habitudes de vie personnelles (comme la réanimation cardio-respiratoire, les premiers soins, la garde d'enfants, le leadership, les habitudes de vie holistiques, la régulation des naissances, l'emploi du condom) ou les compétences de vie personnelles (par exemple la gestion de la colère et du stress, l'abandon de la cigarette, la prise en charge de

soi). Plusieurs organismes ont mis au point des trousses de formation et offrent de la formation aux employés du gouvernement et aux dispensateurs de services. Les initiatives axées sur la violence sexuelle sont particulièrement évoluées à cet égard. Le transfert des compétences et des connaissances renforce les capacités. L'exploitation de la capacité de formation de ces organismes semble pouvoir contribuer pour beaucoup au renforcement des capacités dans le domaine de la santé sexuelle et génésique.

Connaissance de la santé de la population

Une forte proportion des organismes visés par notre enquête ont une connaissance pratique de l'approche axée sur la santé de la population et beaucoup sont au courant du document de Santé Canada *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* (certains ont pris part aux consultations qui ont précédé l'élaboration du cadre de référence). La plupart de ceux qui connaissent l'approche axée sur la santé de la population l'appliquent dans leur travail. Le taux élevé d'adhésion à l'approche centrée sur la santé de la population observé parmi ces organismes représente un bon point de départ vers la mise en oeuvre des recommandations du document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* dans les provinces de l'Atlantique.

Éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire

Une des lacunes observées par certains intervenants en santé sexuelle et génésique est l'absence de politiques et de lignes directrices autorisées à l'appui des interventions en santé sexuelle et génésique. Les programmes provinciaux d'éducation en matière de santé sexuelle font à cet égard figure d'exception. Ils témoignent d'une approche globale en prévention de problèmes de santé sexuelle et génésique. En Nouvelle-Écosse, par exemple, on sensibilise déjà les enfants de niveau primaire aux attitudes positives à l'égard de la sexualité et au développement de l'estime de soi, enseignement qui se poursuit tout au long des études secondaires. À mesure que ces messages sont assimilés, on note une évolution des normes et des comportements[75]. La capacité d'influer sur les valeurs sociétales ainsi que sur les capacités et les compétences d'adaptation personnelles par le biais des programmes provinciaux d'enseignement est une possibilité qui devrait être exploitée au maximum.

Les programmes provinciaux d'enseignement sont appuyés par des programmes spéciaux et des ateliers conçus par plusieurs organismes (par exemple Planned Parenthood, le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project) à l'intention des élèves et des enseignants. Ces organismes recherchent activement des occasions de partenariat avec le secteur de l'éducation. Pour leur part, les responsables de l'éducation collaborent à des initiatives intersectorielles comme la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health. L'expertise des spécialistes de la santé sexuelle, surtout des infirmières hygiénistes, comme éducatrices et responsables de la formation, constitue un autre atout.

3.7 Défis à relever sur le plan des interventions en santé de la population

Outre les lacunes signalées ci-dessus dans la section 3.5, certains défis devront être relevés selon cette enquête sur les initiatives en santé sexuelle et génésique.

Adoption d'une approche « en amont »

Dans l'actuel contexte de réforme de la santé et de diminution des ressources, la nécessité d'en faire plus avec moins de ressources est devenue une norme presque universelle. Beaucoup d'organismes de la région de l'Atlantique doivent relever le défi d'opter pour des stratégies d'intervention fondées sur des données probantes, qui ont pour effet de renforcer la capacité des individus, des familles, des collectivités et de la société à créer et à maintenir des conditions favorables à la santé. Bon nombre des organismes interrogés n'ont pas encore souscrit à l'approche « en amont » qui sous-tend les initiatives axées sur la santé de la population, autrement dit à des interventions qui ont lieu le plus tôt possible dans la chaîne de causalité, qui soient le plus profitables au plus grand nombre de gens possible.

L'approche « en amont » peut être appliquée dans toute la gamme des interventions possibles, aussi bien la prévention que la promotion et la protection, en passant par les services de santé qui mettent l'accent sur le mieux être et le renforcement des facteurs de protection contre la maladie. Il existe dans chaque province des exemples d'approches « en amont » novatrices, axées sur la santé de la population, qui exploitent au mieux les ressources en misant sur le potentiel humain et les ressources communautaires. En l'absence d'un financement stable, le meilleur moyen de tirer parti des rares ressources accessibles consiste à opter pour les approches en amont. Pour qu'un tel virage soit réussi, il suppose que l'on détermine les stratégies efficaces par le biais d'activités de surveillance et d'évaluation et que l'on partage les leçons tirées des expériences par la collaboration. Il ne faut cependant pas sous-estimer la difficulté que pose cette nouvelle orientation. La plupart des organismes auront sans doute besoin d'un appui énorme pour prendre un tel virage.

Financement

Un autre défi a trait au financement. La vaste majorité de ces initiatives relèvent d'organisations non gouvernementales, essentiellement locales, bien que quelques-unes soient rattachées à des organismes nationaux (p. ex. Planned Parenthood, l'Association canadienne des paraplégiques). La survie de ces organismes dépend de l'appui financier du gouvernement et de donateurs. Quelques-uns ont dû recourir à des congédiements et se résoudre à restreindre leurs activités par suite de coupures budgétaires. Il y a lieu de trouver des moyens d'appuyer ces organismes dans les efforts qu'ils mènent pour améliorer la santé de la population.

Besoins des régions rurales

Les organismes qui s'intéressent à la santé sexuelle et génésique font face à un autre défi, celui de tenir compte des besoins de ceux qui vivent dans des régions rurales et éloignées, qui représentent une grande partie de la région de l'Atlantique. La détérioration des conditions économiques dans les régions rurales et l'isolement social limitent les possibilités et augmentent les risques pour la santé des populations rurales. Il y a lieu non seulement de s'attaquer aux facteurs systémiques qui sont à l'origine du déclin économique des régions rurales mais aussi d'entreprendre de renforcer la capacité de ces régions d'affecter des ressources à la santé sexuelle et génésique.

La plupart des initiatives visées par notre enquête se déroulent en milieu urbain et leur champ d'action (sauf les services téléphoniques) s'étend rarement au-delà des régions périphériques. Dans bien des cas, les ressources facilement accessibles dans les villes (par exemple les services cliniques, la formation axée sur les compétences, le soutien social) n'existent pas dans les régions rurales. Là encore, il faut remédier à ce décalage qui existe entre les besoins pressants et les ressources limitées. Les organismes en place dans les villes pourraient saisir l'occasion qui leur est offerte d'étendre leurs services et de renforcer les capacités des régions rurales, à l'instar du Newfoundland and Labrador AIDS Committee, qui offre des ateliers de formation de formateurs pour les projets de développement rural.

Vieillissement de la population

Enfin, comme la santé de la population doit suivre l'évolution démographique, il est important de déterminer les tendances et d'anticiper l'évolution des déterminants de la santé. Une des tendances qui peu à peu modifie radicalement le profil de la société canadienne est le vieillissement de la population. Actuellement, les personnes âgées représentent 12 % de la population des provinces de l'Atlantique, et d'ici 20 ou 30 ans, cette proportion doublera. Les grands problèmes de santé sexuelle et génésique ne sont pas les mêmes pour les personnes âgées que chez les plus jeunes : la ménopause, les cancers de l'appareil génital, les mythes concernant la sexualité des aînés, l'impuissance, le cancer du sein, l'image de soi et les interventions chirurgicales au sein, l'incontinence et l'incapacité, la perte des partenaires sexuels, sont autant de questions qui touchent principalement les personnes qui avancent en âge. Comme l'accent est mis sur la santé sexuelle des jeunes, ces problèmes sont en grande partie négligés. Quelques rares organismes ont commencé à s'intéresser aux problèmes de santé sexuelle des personnes âgées, mais le grand défi consiste à amener un grand nombre d'organismes à considérer ces questions parmi leurs priorités.

4. CONCLUSION

Le document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* propose une vision aux intervenants qui s'occupent de la santé sexuelle et génésique : une sexualité saine tout au long de la vie, fondée sur l'acquisition de compétences et de capacités d'adaptation personnelles, sur l'estime de soi et sur la capacité des individus à faire des choix judicieux en matière de sexualité et de procréation; le soutien apporté par les réseaux familiaux et les communautés; des valeurs et des attitudes positives à l'égard de la sexualité et de la procréation dans la société; des possibilités économiques, éducatives et professionnelles et un environnement physique sain. Pour que cette vision se réalise, il faut adopter des politiques, des programmes et des initiatives favorables à la santé, qui ont des répercussions sur de vastes populations et sur tous les facteurs de risque et conditions qui déterminent la santé sexuelle et génésique. Les interventions à l'appui de ce cadre d'action doivent reposer sur une collaboration entre tous les ordres de gouvernement et les organismes privés, partout au Canada.

Dans un contexte de restriction, peu d'organismes ont la capacité d'agir dans tous les secteurs de la santé de la population, et il n'est pas non plus souhaitable qu'ils interviennent sur tous les plans. La meilleure façon de s'attaquer aux questions de santé sexuelle et génésique dans l'optique de la santé de la population consisterait plutôt à miser sur un ciblage stratégique des ressources et de l'expertise conformément aux principes et aux orientations définis dans *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, ainsi que sur une collaboration avec divers partenaires du gouvernement et du secteur privé.

Dans les provinces de l'Atlantique, beaucoup d'organismes connaissent et appliquent déjà l'approche axée sur la santé de la population, et ont la capacité d'agir sur la plupart des problèmes de santé sexuelle critiques, notamment la violence sexuelle, le VIH/sida, les ITS et la grossesse à l'adolescence. Des efforts novateurs sont déployés dans chaque province, surtout dans les

secteurs suivants : prévention du VIH/sida (p. ex. le PEI AIDS Service Committee, l'AIDS Committee of Newfoundland and Labrador) et réduction des méfaits (Mainline Needle Exchange, Centre Coverdale); initiatives ciblées sur les jeunes (p. ex. le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project); recherche active sur le renforcement des capacités des collectivités (p. ex. l'Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality) et initiatives intersectorielles destinées à apporter des solutions à des problèmes importants et à promouvoir la santé (la Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health, la Coalition contre l'abus dans les relations, l'Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality, et les centres de santé pour les jeunes du Cap-Breton).

Les initiatives intersectorielles jettent les bases stratégiques de la planification de programmes, des évaluations et de l'élaboration de politiques. Des initiatives intersectorielles bien établies ont permis de mettre en oeuvre les recommandations du document *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, surtout en ce qui concerne la violence sexuelle et la santé sexuelle des jeunes. Parmi les ressources qui facilitent le processus figurent les programmes d'enseignement, les réseaux d'intervenants et la capacité de formation.

Le plus grand défi que pose l'application du cadre de référence consiste à agir en amont sur les conditions qui déterminent la santé sexuelle et génésique de vastes populations, notamment le revenu, l'éducation, l'emploi, la situation sociale, les valeurs et les attitudes sociétales. Les bases d'un tel virage sont déjà posées : la plupart des organismes connaissent et comprennent l'approche centrée sur la santé de la population. La mise en place de la structure nécessitera une exploitation optimale des ressources disponibles et l'affectation de nouvelles ressources à des activités dont les effets sur la santé de la population peuvent être prouvés.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (1975)

2. Santé Canada (1998). *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*

3. Pour bon nombre de ceux qui oeuvrent dans le secteur de la santé sexuelle et génésique, l'expression « maladie transmise sexuellement » n'est pas une simple désignation clinique; elle implique aussi un jugement de valeur et a une connotation péjorative. L'expression « infection transmise sexuellement » est jugée plus neutre et plus propice à l'adoption d'attitudes positives à l'égard de la sexualité. C'est pourquoi l'expression « infection transmise sexuellement » est utilisée tout au cours de ce rapport de préférence à « maladie transmise sexuellement ».

4. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994)

5. Les tableaux sont fondés sur les données applicables à l'année la plus récente pour laquelle la plupart des chiffres étaient accessibles pour les quatre provinces. Dans certains cas, on a pu obtenir des données plus récentes de certaines provinces, mais on n'a pu les comparer à celles des autres provinces, pour une raison ou une autre. Il est possible que les méthodes de collecte de données varient d'une province à l'autre, et dans certaines provinces, certaines données ne sont pas recueillies (par exemple les grossesses qui se terminent par un avortement à l'Île-du-Prince-Édouard).

6. Les ITS ne peuvent être déclarées que si elles font l'objet d'un test de dépistage. Il n'est pas rare que les médecins traitent des cas suspects d'ITS en se fondant sur des signes cliniques, sans procéder d'abord à des tests et sans les déclarer. De plus, les résultats des tests (et, donc, les cas déclarés) dépendent des techniques d'échantillonnage et d'analyse. Il est difficile d'estimer l'importance de ces facteurs, mais il ne faut pas les perdre de vue dans l'interprétation des résultats.

7. Santé Canada (1998). *Actualités en épidémiologie sur les MTS*

8. Bachmaier et coll. (1999)

9. MacDonald et coll. (1998)

10. Patrick (1997)

11. Santé Canada (1995) *Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada*

12. Patrick (1997)

13. Santé Canada (1995) *idem*

14. *Idem*

15. Nova Scotia Department of Health (1996) *Technical Report*

16. Enquête provinciale sur la consommation de drogues par les élèves : Poulin et Wilbur, (1996), Ministère de la Santé et des Services communautaires et ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick (1996), Prince Edward Island Department of Health and Social Services (1996), Newfoundland Department of Health (1996)

17. McDonald (1998)

18. Santé Canada (1999) Laboratoire de lutte contre la maladie

19. Patrick (1997)

20. Santé Canada (1998) *Actualités en épidémiologie sur les MTS*

21. Santé Canada (1999) Laboratoire de lutte contre la maladie

22. Wadhera & Miller (1997)

23. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994)

24. Wadhera & Miller (1997)

25. Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (1998)

26. Nault (1997)

27. Miller, Strachan & Wadhera (1993)

28. Nault (1997)

29. Miller & Chan (1998)

30. Nault (1997)

31. Santé Canada (1998) *Le sida et l'infection à VIH au Canada*

32. Frank (1996)

33. Santé Canada (1998) *L'infection à VIH et le sida chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes*

34. *Idem*

35. Santé Canada (1998) *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*

36. Santé Canada (1998) *Le VIH et le sida chez les femmes au Canada*

37. Santé Canada (1998) *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance*

38. Santé Canada (1998) *VIH et sida chez les peuples autochtones du Canada*

39. Atlantic First Nations AIDS Task Force (1999) *Communication personnelle*

40. Santé Canada (1998) *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance*

41. *Idem*

42. *Idem*; Nova Scotia Department of Health (1999); Newfoundland Department of Health and Community Services (1999); Prince Edward Island Department of Health and Community Service (1999)

43. En raison du retard dans la déclaration des données par les provinces, on n'a pu obtenir toutes les données applicables à 1998 pour l'ensemble du Canada au moment de la rédaction de ce rapport

44. Santé Canada (1998) *idem*

45. Condition féminine Canada (1998)

46. Statistique Canada (1994) *Enquête sur la violence envers les femmes*

47. Centre national sur la violence dans les familles (1997)

48. Nova Scotia Department of Health (1996)

49. Johnson (1995)

50. *Idem*

51. *Idem*

52. Statistique Canada (1994)

53. Johnson (1996)

54. Johnson (1995)

55. Santé Canada (1999) *Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence au Canada*

56. Statistique Canada (1997) *Statistique de la criminalité du Canada*

57. *Idem*

58. Johnson (1995)

59. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993)

60. Belanger (1998)

61. McDonald (1998)

62. De plus, on n'a aucune donnée estimative sur l'incidence de l'infertilité chez les lesbiennes (même si les lesbiennes ont peut-être été comprises dans les enquêtes de la Commission royale, qui visait les femmes de 18 à 44 ans qui « cohabitent ») ou dans d'autres sous-groupes de la population.

63. Wadhera & Miller (1997)

64. Prince Edward Island Department of Health and Social Services (1999)

65. Les taux élevés de sida, d'ITS et de grossesse et d'avortements à l'adolescence enregistrés en Nouvelle-Écosse par rapport aux

autres provinces de l'Atlantique sont peut-être partiellement attribuables à la présence de jeunes et d'autres migrants à risque en provenance de provinces avoisinantes. Les jeunes de l'extérieur de la province et de la province sont attirés vers Halifax, plus particulièrement en raison des possibilités d'emploi, des divers services, de la culture axée sur les jeunes et de l'anonymat qu'offre une grande ville.

66. Nova Scotia Department of Health (1994)

67. Nova Scotia Department of Health (1998)

68. Nova Scotia Department of Health (1994)

69. Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (1998)

70. Santé Canada (1999) *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*

71. Edwards (1999)

72. Santé Canada (1994) *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*

73. Bien qu'ils ne soient pas expressément mentionnés dans le *cadre de référence* (à l'exception de l'amélioration des connaissances), ces mécanismes sont souvent utilisés pour atteindre des objectifs liés à la santé de la population. L'Amélioration des connaissances (par la recherche et l'information) et les Politiques publiques sont des instruments de base en santé de la population.

74. Lorsqu'on tente de déterminer les lacunes présentées par les activités visées par notre sondage, il ne faut pas perdre de vue que notre enquête porte sur un *échantillon* d'organismes de la région de l'Atlantique. Aussi, certaines lacunes mises en évidence par notre analyse n'en sont pas nécessairement si l'on tient compte du tableau d'ensemble, parce que les organismes qui n'ont pas été interrogés se penchent peut-être sur ces questions.

75. Selon les responsables de la santé, la baisse marquée du taux de grossesse à l'adolescence dans une collectivité de Terre-Neuve ces dernières années s'explique par l'éducation en matière de santé sexuelle qui a fait évoluer les normes qui ont cours chez les jeunes à propos des pratiques sexuelles sans risque.

BIBLIOGRAPHIE

Atlantic First Nations AIDS Task Force (1999). Tom Howe, communication personnelle

Bachmaier, K., Neu, N., Maza, L.M. de la, Pal, S., Hessel, A., et Penninger, J.M. (1999). Chlamydia infections and heart disease linked through antigenic mimicry. *Science, 283 (5406),* 1335-1339

Belanger, A. (1998).Trends in contraceptive sterilization. *Canadian Social Trends/Tendances sociales canadiennes, Autumn,* 16-19

Centre national sur la violence dans les familles (1997). *L'agression sexuelle d'enfants*. Document accessible sur Internet, www.hc-sc.gc.ca/main/hppb/violencefamiliale/csafre.html

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population. Investir dans la santé des Canadiens.* Préparé pour la réunion des ministres de la Santé, septembre 1994. Ottawa : Santé Canada

Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction (1993). *La prévalence de l'infertilité au Canada.Volume 6 de la Collection d'études*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada

Condition féminine Canada (1998). *Rapport du Gouvernement du Canada à la Rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies.* Document accessible sur Internet, www.swc-cfc.gc.ca/publish/unviol-f.htm

Conseil canadien de développement social. Le progrès des enfants au Canada, 1998. Ottawa

Disabled Women's Network (1995). Special Feature: Confronting violence against women. *Abilities Magazine, Spring* (22). Document accessible sur Internet, www.enablelink.org./AbilitiesMag/default.htm

Edwards, N. (1999). Population Health: Determinants and interventions. *Canadian Journal of Public Health, 90 (1).* 10-12

Frank, J. (1996). 15 years of AIDS in Canada. *Canadian Social Trends /Tendances sociales canadiennes, Summer,* 4-10

Johnson, H. (1996). Violent Crime in Canada. *Juristat, 16 (6), 3-11.* Statistics Canada Catalogue No. 85-002

Johnson, H. (1995). Children and youths as victims of violent crimes. *Juristat, 15(15), 3-10.* Statistics Canada Catalogue No. 85-002

McDonald, K. (1996). *Sexual and reproductive health in Canada.* Canada-U.S.A. Women's Health Forum, Ottawa, August 8-10. Document accessible sur Internet, www.hc-sc.gc.ca/canusa/info.htm

Miller, W. & Chan, J. (1998). Maternal education and risk factors for small-for-gestational-age births. *Health Reports/Rapports sur la santé, 10 (2),* 43-49

Miller, W., Strachan, T. & Wadhera, S. (1993). Trends in low birth weight. *Canadian Social Trends/Tendances sociales canadiennes, Spring,* 26-29

Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (1999). Données inédites

Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (1998). *Rapport annuel, 1997-1998.* Fredericton

Ministère de la Santé et des Services communautaires et ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick (1996). *Enquête provinciale sur la consommation de drogues par les élèves. Points saillants 1996*

Nault, F. (1997). Infant mortality and low birth weight, 1975-1995. *Health Reports, 9 (3),* 39-45

Newfoundland Department of Health and Community Services (1999). Données inédites

Newfoundland Department of Health (1996). *Healthy relationships: Synopsis*

Newfoundland Department of Health (1996). *Newfoundland and Labrador Student Drug Use. Technical Report.* St. John's: Department of Health, Addiction Services

Nova Scotia Department of Health (1999). Données inédites

Nova Scotia Department of Health (1998). *Surveillance report HIV, AIDS in Nova Scotia.* Halifax: Strategic Health Services Branch

Nova Scotia Department of Health (1996). *Nova Scotia Sexual Health Needs and Resources Assessment: Technical Report.* Halifax: Planned Parenthood Nova Scotia and the Nova Scotia Department of Health

Nova Scotia Department of Health (1994). *Sexual Health Report for Nova Scotia, 1994*

Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health (1998). *Just Loosen up and Keep Talking.* Halifax: Nova Scotia Department of Health

Organisation mondiale de la Santé (1975). *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine.* OMS. Rapport technique, N^{o} 572. Genève

Patrick, D.M. (1997). The control of sexually transmitted diseases in Canada: A cautiously optimistic overview. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 6 (2).* Document accessible sur Internet, www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cjhs/cjhs2.html

Poulin, C., Wilbur, B. (1996). *Nova Scotia Student Drug Use 1996. Technical Report.* Halifax: Department of Health and Dalhousie University

Prince Edward Island Department of Health and Social Services (1999). Données inédites

Prince Edward Island Department of Health and Social Services (1996). *Prince Edward Island Drug Use 1996. Technical Report.* Charlottetown

Rowland-Jones, S. L., Dong, T., Fowke, K. R., Kimani, Krause, P., Newell, H., Blanchard, T., Ariyoshi, K., Oyugi, J., Ngugi, E., Bwayo, J., MacDonald, K. S., McMichael, A. J., Plummer, F. A. (1998) Infection/Inflammation/Immunity - Cytotoxic T cell responses to multiple conserved HIV epitopes in HIV-resistant prostitutes in Nairobi. *Journal of Clinical Investigation, 102 (9),*1758-1767

Santé Canada (1999). *Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence au Canada.* Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant. Division de la violence envers les enfants Document accessible sur Internet, www.hc-sc.ca/hpb/lcdc/brch/maltreat/cispro_f.html

Santé Canada (1999). *Pour une population en meilleure santé : une action concrète. Document de travail à l'intention des employés de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé* Ottawa

Santé Canada (1999). Données inédites. Ottawa : Laboratoire de lutte contre la maladie

Santé Canada (1998). VIH et sida chez les peuples autochtones du Canada. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* , mai 1998

Santé Canada (1998). *Un compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique.* Ottawa

Santé Canada (1998). L'infection à VIH et le sida chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* , mai 1998

Santé Canada (1998). Le VIH et le sida chez les femmes au Canada. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* , mai 1998

Santé Canada (1998). Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* , mai 1998

Santé Canada (1998). Test de dépistage de l'infection à VIH chez les Canadiens : environ 15 000 cas récents d'infection à VIH peuvent ne pas être diagnostiqués. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* , mai 1998

Santé Canada (1998). Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance en date du 30 juin 1998. Bureau du VIH/sida, LLCM, *novembre* 1998

Santé Canada (1998). Tendances des maladies bactériennes transmises sexuellement (MTS) au Canada. Bureau du VIH/sida, LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida,* mai 1998

Santé Canada (1996). *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés dans la santé de la population.* Ottawa

Santé Canada (1995). *Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada - Rapport annuel de 1995.* LLCM, Ottawa

Santé Canada (1994). *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Ottawa

Statistique Canada (1998). *La violence familiale au Canada : un profil statistique.* N° 85-224-XPE au catalogue

Statistique Canada (1998). Données sur les Autochtones. *Le Quotidien, le 13 janvier 1998.* N° 11-001E au catalogue

Statistique Canada (1998). *Statistique de la criminalité du Canada, 1997.* Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique. N° 85-205-X1E au catalogue

Statistique Canada (1994). *L'administration de la justice pénale dans le cas d'agression sexuelle.* Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique. N° 85-538E au catalogue

Statistique Canada (1993). Enquête sur la violence envers les femmes : Faits saillants. *Le Quotidien*, le 18 novembre 1993

Wadhera, S. & Miller, W. (1997). Teenage Pregnancies, 1974-1994. *Health Reports/Rapports sur la santé*, 9(3), 9-17

ANNEXE 1 :

ORGANISMES VISÉS PAR L'ANALYSE DE LA CONJONCTURE ET QUESTIONS RETENANT LEUR ATTENTION

	Organismes	Questions liées à la santé sexuelle et génésique												
Nouvelle-Écosse														
NS1	Planned Parenthood Nova Scotia	H		S			P					V		+
NS2	Youth Health Centres - Cape Breton	H		S			P					V		+
NS3	Association des Acadiennes de la Nouvelle-Écosse											V		
NS4	Atlantic First Nations AIDS Task Force	H		S			P					V		+
NS5	Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality	H		S			P	L		I		V		+
NS6	Planned Parenthood Bridgewater	H		S			P			I		V		+
NS7	Cumberland Family Planning	H		S			P			I		V		+
NS8	Mainline Needle Exchange	H		S										+
NS9	Public Health Services - Northern Regional Health Board	H		S			P	L		I		V		
NS10	Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project	H										V		
NS11	Reproductive Care Program of Nova Scotia						P	L						
NS12	Planned Parenthood Pictou County	H		S			P	L		I		V		+
NS13	Antigonish Women's Resource Centre						P					V		+
NS14	N.S. Advisory Commission on AIDS	H					S					V		+
NS15	Avalon Sexual Assault Centre											V		+
NS16	Planned Parenthood Cape Breton	H		S			P			I		V		
NS17	N.S. Department of Education	H		S			P	L		I		V		+
NS18	Planned Parenthood Metro Clinic	H		S			P			I		V		
NS19	N.S. Roundtable on Youth Sexual Health	H		S			P	L		I		V		+

Île-du-Prince-Édouard

PEI1	Mi' kmaq Family Resource Centre			S		P	L			V	
PEI2	Evangeline Community Health Centre	H	S			P					+
PEI3	Department of Health and Social Services -										
	Health Promotion and Protection Div.	H	S			P	L	I			
PEI4	Inner City Youth Connection	H	S			P				V	+
PEI5	R.B.S. Consulting	H	S			P				V	
PEI6	AIDS P.E.I. Community Support Group	H	S			P				V	+
PEI7	PMS/Menopause Self-Help Resource										+
PEI8	East Prince Women's Information Centre					P	L			V	+
PEI9	Department of Health and Social Services -										
	Prenatal Nutrition Intervention Program						L				+
PEI10	Reproductive Care Program	H	S			P	L			V	+

Terre-Neuve et Labrador

NF1	St. John's Native Friendship Centre Association	H	S								
NF2	Newfoundland and Labrador AIDS Committee	H	S								
NF3	Provincial Strategy Against Violence					P				V	+
NF4	The Provincial Association Against Family Violence	H								V	
NF5	Care Centre for Women	H	S			P					+
NF6	Planned Parenthood of Newfoundland and Labrador	H	S			P		I			+
NF7	Canadian Paraplegic Association										
	(Newfoundland and Labrador) Inc.	H				S				V	
NF8	Naomi Centre for Women	H	S			P				V	
NF9	Brighter Futures Coalition					P	L	I		V	+
NF10	Health and Community Services	H	S			P	L	I		V	+
NF11	Adolescent Health Counselling Service	H	S			P				V	+
NF12	Women's Health Network, Newfoundland and Labrador									V	+

Nouveau-Brunswick

NB1	People Helping People	H	S							V	
NB2	VON New Brunswick Lifestyle Education										
	for Adolescent Parents (LEAP) Program	H	S			P	L			V	

NB3	Coverdale Centre	H	S							V	
NB4	SIDA/AIDS Moncton	H	S							V	
NB5	Beausejour Family Crisis Resource Centre			P						V	
NB6	Multicultural Association of the Greater Moncton Area	H	S	P	L					V	+
NB7	Parents and Families of Lesbians and Gays	H								V	
NB8	Clinique de Reproduction	H				I					
NB9	New Brunswick Public Health Sexual Health Program	H	S								
NB10	Coalition Against Abusive Relationships							V		V	
NB11	Planned Parenthood Fredericton	H	S	P		I					+

H = HIV/AIDS

S = STIs

P = teenage pregnancy

L = low birth weight

I = infertility

V = sexual violence

+ = "other issues"

ANNEXE 2 :

« AUTRES QUESTIONS » QUI RETIENNENT L'ATTENTION DES ORGANISMES VISÉS PAR NOTRE ENQUÊTE

Santé sexuelle des personnes âgées

- ménopause
- cancers de l'appareil génital
- sexualité des personnes âgées

Valeurs sociétales

- questions touchant les gais et les lesbiennes
- hétérosexisme
- homophobie
- identité sexuelle

Capacités d'adaptation

- dépendances
- gestion de la colère
- image corporelle
- troubles de l'alimentation
- relations saines
- utilisation de drogues injectables
- SPM
- estime de soi
- identité sexuelle
- prévention du suicide

Autres questions

- avortement
- régulation des naissances

- chasteté
- retard staturo-pondéral
- hépatites A, B, C, D
- consommation de drogues injectables
- planification familiale naturelle
- responsabilités parentales à l'adolescence
- counselling après un avortement
- accouchement prématuré

ANNEXE 3 :

PROFILS D'ACTIVITÉS DES PROVINCES

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Activités

À Terre-Neuve, les trois quarts des organismes visés par notre enquête cherchent à améliorer les capacités des individus par le biais de l'éducation, et plus de la moitié offrent du soutien ou des services. Beaucoup misent sur la formation, et un sur trois s'occupe de politique publique ou de recherche. Quelques rares organismes (par exemple le Newfoundland and Labrador AIDS Committee, la Provincial Strategy Against Violence et la Provincial Association Against Violence) ont recours à tout l'éventail de mécanismes d'intervention en santé sexuelle et génésique, leurs activités comprenant aussi bien le counselling auprès des personnes vivant avec le VIH/sida et leur famille, que la formation des responsables de la formation en milieu rural, la lutte contre les politiques discriminatoires à l'égard des gais et des lesbiennes et l'élaboration d'un cadre d'action sur la violence.

Plus de la moitié des organismes interrogés à Terre-Neuve s'emploient à améliorer l'accès aux services par le biais de politiques publiques. Plusieurs offrent également des services et du soutien dans cette optique. Une initiative multisectorielle d'envergure mise en place au début des années 90 renforce la capacité des organismes régionaux à dispenser des services et à répondre aux besoins des personnes touchées par le VIH/sida dans les collectivités rurales. Cette initiative, pilotée par le ministère de la santé et des services communautaires, le Newfoundland and Labrador AIDS Committee et d'autres organismes, témoigne de l'efficacité des efforts intersectoriels visant à améliorer l'accès aux services.

Bon nombre d'organismes de Terre-Neuve s'occupent de renforcer la capacité des familles et des collectivités à l'aide des divers mécanismes accessibles. Certains organismes offrent des services et du soutien en vue de réduire les facteurs de risque d'ordre social et économique, comme en témoigne le Naomi Centre for Women. Le Centre dispense de l'information et offre des exposés sur la prévention de la grossesse et des ITS dans le cadre des efforts visant à fournir des logements supervisés aux femmes sans-abri.

Secteurs visés

La plupart des organismes interrogés à Terre-Neuve dispensent des services à St. John's et dans les régions périphériques, mais ils prennent aussi en charge les cas qui leur sont adressés par des organismes qui oeuvrent ailleurs dans la province. Quelques rares organismes ont un champ d'activité qui englobe toute la province. Parmi les vastes initiatives d'envergure provinciale, figurent celles de la Provincial Association Against Family Violence, de la Provincial Strategy Against Violence et du Newfoundland and Labrador AIDS Committee et le programme de santé génésique du ministère de la santé et des services communautaires. Dans la pratique, l'accès aux services de la plupart des organismes visés par l'enquête est limité à la région périphérique de St. John's.

Étapes de la vie

À Terre-Neuve, les efforts sont orientés surtout vers les jeunes et les femmes. Au nombre des services et des formes d'aide destinés aux jeunes on pourrait citer le counselling auprès des victimes d'abus sexuel, le dépistage et le traitement des ITS et du VIH, les tests de grossesse, l'élaboration et la distribution d'instruments conçus pour les femmes qui facilitent l'autogestion de la santé et le soutien par des pairs aux mères adolescentes. Une initiative importante s'adresse aux enfants (Brighter Futures Coalition) : un projet du PACE qui vise à améliorer la situation des enfants âgés de 0 à 6 ans, en offrant du soutien et des activités de sensibilisation aux parents, surtout dans les familles à faible revenu. Un certain nombre d'organismes répondent aux besoins des Autochtones, c'est le cas surtout du ministère de la santé et des services communautaires qui mène des activités à l'échelle provinciale. Un organisme s'occupe exclusivement des questions qui touchent les Autochtones.

Approche en amont

Certains organismes cherchent à influer sur les politiques publiques, à savoir le Newfoundland and Labrador AIDS Committee, le ministère de la santé et des services communautaires, la Provincial Association Against Family Violence, la Provincial Strategy Against Violence et le Women's Health Network of Newfoundland and Labrador. Ces organismes s'emploient activement à élaborer ou à modifier des politiques publiques dans des secteurs tels que la violence familiale, le logement, les services sociaux et les soins de santé. Le tiers des organismes participent à des activités ou pilotent des activités destinées à améliorer les connaissances sur le renforcement de la capacité des individus à opter pour des habitudes de vie saines. C'est le cas notamment de la Women's Health Network of Newfoundland and Labrador.

Groupes marginalisés

Certains organismes de Terre-Neuve s'intéressent exclusivement à des sous-groupes à risque, notamment l'Association canadienne des paraplégiques (les personnes handicapées), la Provincial Association Against Family Violence (les femmes), le Care Centre for Women, le Naomi Centre for Women (par exemple les jeunes, les jeunes de la rue) et le Women's Health Network of Newfoundland and Labrador. Exception faite du Care Centre for Women (qui s'occupe essentiellement des questions concernant les grossesses non planifiées), tous ces organismes placent la violence sexuelle en tête de liste de leurs priorités.

Problèmes critiques

Dans la première partie du rapport, nous avons présenté des données sur les taux élevés d'agressions sexuelles à Terre-Neuve et sur la progression récente des infections à VIH. Ces problèmes critiques occupent déjà une place de choix parmi les priorités des intervenants en santé de la province, à en juger par les vastes stratégies provinciales et les activités en amont qui existent déjà pour contrer ces phénomènes.

Étant donné la récente augmentation de l'incidence des chlamydioses, il faudrait sans doute mettre en place de nouvelles stratégies axées sur la santé de la population pour lutter contre les relations sexuelles non protégées chez les jeunes de la province.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Activités

À l'Île-du-Prince-Édouard, presque tous les organismes visés par notre enquête axent leurs efforts sur les individus et cherchent à améliorer leurs habitudes de vie et leurs capacités d'adaptation. Au moins la moitié des organismes interrogés à l'Île-du-Prince-Édouard font appel à tous les mécanismes accessibles, sauf le renforcement des capacités des collectivités, pour atteindre leurs objectifs, soit l'amélioration des compétences, des capacités et des comportements des individus.

La moitié des organismes interrogés dans cette province privilégient aussi des stratégies orientées vers les familles et les collectivités ainsi que l'accès aux services, en misant principalement sur les services de soutien. De manière générale, ces organismes ne mettent pas l'accent sur les facteurs qui touchent la collectivité, comme les valeurs sociétales, l'environnement physique et les inégalités sociales et économiques, exception faite de l'AIDS PEI Community Support Group. Cette initiative provinciale s'attaque aux conditions sociales et économiques des personnes vivant avec le VIH/sida en travaillant en collaboration avec les employeurs à mettre en place des politiques favorables aux employés touchés par le VIH/sida et préconise des mesures de soutien du revenu et d'aide sociale pour cette clientèle.

Secteurs visés

La majorité des organismes de l'Île-du-Prince-Édouard interrogés se trouvent à Charlottetown, même si leur champ d'intervention est provincial. Certains organismes font figure d'exception, notamment l'East Prince Women's Information Centre à Summerside, qui s'adresse à la clientèle de Prince, l'Evangeline Community Health Centre, qui s'occupe des régions francophones de la province et l'Inner City Youth Connexion, qui offre des services uniquement à la clientèle de Charlottetown.

Étapes de la vie

Les activités visent principalement à améliorer les capacités des individus, surtout des jeunes. Deux initiatives provinciales d'envergure (le Prince Edward Island Reproductive Care Program et le Prenatal Nutrition Intervention Program) ont pour objet d'améliorer la santé des jeunes enfants, et l'AIDS PEI Community Support Group mise sur l'éducation et le renforcement des capacités chez les enfants, les jeunes et les adultes. L'Inner City Youth Connexion est une initiative importante dirigée par des jeunes et qui s'adresse aux jeunes de la rue de Charlottetown. Elle offre aux jeunes de 13 à 18 ans du soutien et la possibilité d'acquérir des compétences par le biais de la formation, l'objectif étant de les aider à développer pleinement leur potentiel.

Approche en amont

Plusieurs organismes de la province misent la planification (c'est le cas du Reproductive Care Program qui élabore des lignes directrices pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes) et sur l'exercice de pressions (par exemple l'East Prince Women's Health Centre qui présente des mémoires aux politiciens provinciaux sur les politiques relatives à la santé des femmes) dans le but de promouvoir des politiques publiques qui aident les individus à opter pour des habitudes de vie saines.

L'AIDS PEI Community Support Group établit des liens de partenariat avec des groupes confessionnels, des écoles et des organismes communautaires en vue de renforcer la capacité d'appuyer les personnes touchées par le VIH/sida. De façon générale, les autres organismes ne misent pas sur les politiques publiques, le renforcement des capacités ni sur l'amélioration des connaissances pour atteindre leurs objectifs en santé sexuelle et génésique.

Groupes marginalisés

Parmi les groupes de l'Île-du-Prince-Édouard qui répondent aux besoins des sous-groupes à risque figurent l'East Prince Women's Resource Centre, le PMS/Menopause Self-Help Resource (les femmes), l'Inner City Youth Connexion (les jeunes de la rue), le Mi'kmaq Family Resource Centre (les Autochtones) et l'Evangeline Community Health Centre (les francophones).

Problèmes critiques

À l'instar des autres provinces de l'Atlantique, l'Île-du-Prince-Édouard affiche des taux élevés de violence sexuelle. La violence fait partie du mandat de presque tous les organismes visés par notre enquête, mais aucun de ces derniers n'applique une stratégie globale ou en amont pour éliminer la violence.

Il est difficile, à partir des données accessibles, de déterminer si les infections à VIH et les grossesses à l'adolescence progressent ou régressent à l'Île-du-Prince-Édouard, mais l'incidence des chlamydioses est en hausse constante depuis quelques années. Une telle situation révèle peut-être des changements dans les relations sexuelles non protégées qui augmenteraient les risques liés à d'autres problèmes de santé sexuelle (mais elle pourrait aussi rendre compte de changements dans la détection ou la déclaration des cas). On parviendra difficilement à mieux faire la lumière sur ces questions et à y remédier si on n'insiste pas davantage sur l'amélioration des connaissances dans ces domaines.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Activités

Conformément aux tendances observées dans les autres provinces, les organismes de la Nouvelle-Écosse consacrent leurs efforts essentiellement à l'amélioration des habitudes de vie, des capacités et des compétences d'adaptation personnelles. Près des trois tiers des organismes offrent du soutien ou des services et plus de la moitié ont recours à l'éducation pour améliorer les capacités des individus. Plusieurs misent sur la formation, la recherche ou sur les politiques publiques. Au second rang des priorités des organismes interrogés figure l'accès aux services. Les stratégies qui visent les familles et les collectivités reçoivent moins d'attention. Seuls quelques rares organismes s'intéressent explicitement aux valeurs sociétales.

Secteurs visés

Les initiatives visées par notre enquête sont réparties dans la province, et sont concentrées à Halifax et dans les comtés du nord de la province, soit Cumberland, Pictou et Antigonish. Huit des organismes ont un champ d'intervention provincial. Planned Parenthood Nova Scotia, un organisme provincial, a cinq sections locales dispersées dans la province. Il existe au Cap-Breton un éventail d'organismes, notamment des centres de santé pour les jeunes, Planned Parenthood et des organismes communautaires axés sur le sida. Le sud-ouest de la province est la région la moins bien représentée par les organismes visés par notre enquête.

Étapes de la vie

Une majorité d'organismes de la Nouvelle-Écosse mettent l'accent sur les jeunes et/ou les adultes. Ils s'intéressent moins aux enfants ou à la santé des enfants dans les familles. Quoi qu'il en soit, une initiative importante axée sur les politiques publiques vise les enfants : le programme d'éducation provincial qui touche à la santé (du niveau primaire à la 12^{e} année), au développement personnel et aux relations avec les autres (7^{e}, 8^{e} et 9^{e} années) et à la carrière et à la dynamique de la vie (11^{e} année), initiative qui relève du Department of Education and Culture. Une autre initiative d'envergure vise les jeunes (Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality) et a pour objectif de renforcer la capacité des collectivités à améliorer la santé sexuelle, physique et

psychologique des adolescents.

Approche en amont

Plusieurs organismes de la Nouvelle-Écosse s'emploient à exercer une influence sur les facteurs généraux qui sont à l'origine de problèmes de santé sexuelle et génésique. Ceux qui cherchent à influer sur les politiques, par exemple, exercent des pressions auprès des gouvernements en faveur de l'adoption de politiques d'aide sociale, tentent d'améliorer les services offerts aux femmes victimes d'agressions sexuelles par le biais de comités interorganismes et revendiquent auprès des conseils scolaires des politiques favorables aux gais et aux lesbiennes.

Le renforcement des capacités et la modification des valeurs sont aussi des thèmes importants. L'Atlantic First Nations AIDS Task Force offre de la formation aux intervenants pour leur apprendre à être à l'écoute des besoins des clients autochtones touchés par le VIH/sida.

La Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health est une initiative intersectorielle qui vise à modifier les attitudes et sensibiliser davantage les collectivités à la sexualité des jeunes en renforçant leurs capacités. De même, le Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project s'emploie à changer les valeurs et les attitudes. Il a mis au point des ateliers interactifs visant à réduire l'homophobie, qu'il offre aux écoles, aux foyers de groupe, aux universités et au personnel chargé de l'application de la loi. Jusqu'ici, il a tenu plus de 600 ateliers.

Groupes marginalisés

Une forte proportion des organismes de la Nouvelle-Écosse visés par notre enquête mettent l'accent sur les besoins de certains sous-groupes vulnérables, surtout les Autochtones (Atlantic First Nations AIDS Task Force, une initiative régionale dont les assises sont à Halifax), les utilisateurs de drogues injectables (Mainline Needle Exchange), les jeunes gais et lesbiennes (Lesbian, Gay and Bisexual Youth Project), les femmes (Antigonish Women's Resource Centre, Avalon Sexual Assault Centre) et les francophones (Association des Acadiennes de la Nouvelle-Écosse). Les grands absents sont les organismes qui répondent aux besoins en santé sexuelle et génésique des résidents d'origine africaine, qui constituent un important groupe minoritaire de la province.

Problèmes critiques

En Nouvelle-Écosse, les taux de grossesse à l'adolescence, d'ITS, d'infections à VIH et de sida sont plus élevés que dans les autres provinces de l'Atlantique. L'importance accordée aux jeunes dans la plupart des initiatives visées par notre enquête et les efforts axés sur les sous-populations vulnérables sont à la mesure de ces problèmes. Étant donné l'ampleur des problèmes, toutefois, il faudra sans doute investir plus de ressources dans des stratégies centrées sur la santé de la population et destinées à réduire les taux d'activités sexuelles non protégées qui engendrent des ITS, des infections à VIH et des grossesses à l'adolescence. La même remarque vaut pour l'élimination de l'emploi de seringues contaminées.

Étant donné le taux élevé d'agressions sexuelles observé en Nouvelle-Écosse comparativement au reste du pays, il y aurait lieu d'adopter une approche stratégique plus globale de lutte contre la violence que celle qui existe actuellement dans la province.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Activités

Parmi les provinces de l'Atlantique, c'est le Nouveau-Brunswick qui se signale par l'intensité des efforts menés et la diversité des mécanismes utilisés par les organismes interrogés pour renforcer la capacité des familles et des communautés à maintenir et à améliorer la santé sexuelle et génésique. Au moins la moitié des organismes du Nouveau-Brunswick visés par notre enquête oeuvrent au renforcement des capacités des familles et des collectivités par le biais de services/du soutien, de l'éducation et de la formation, et près du tiers s'emploient à améliorer les habitudes de vie et les capacités des individus par le renforcement de la capacité des collectivités. En outre, quelques organismes ont recours à l'amélioration des connaissances et des politiques comme moyens d'atteindre leurs objectifs auprès des familles et des collectivités.

Les organismes interrogés mettent moins l'accent que ceux d'autres provinces sur les stratégies axées sur les habitudes de vie personnelles et sur l'accès aux services. En revanche, ils insistent davantage sur la promotion de valeurs sociétales positives à l'égard de la sexualité. De plus, quatre initiatives d'envergure visent à influer sur les politiques, soit par la planification soit par l'exercice de pressions : le centre Coverdale, SIDA AIDS Moncton, VON New Brunswick et la Coalition contre l'abus dans les relations.

Secteurs visés

La plupart des organismes interrogés au Nouveau-Brunswick n'offrent pas de services à l'échelle provinciale. Ils répondent plutôt aux besoins de la région où ils se trouvent, exception faite des Programmes de santé sexuelle/santé publique du Nouveau-Brunswick (qui comptent neuf centres de santé sexuelle dans la province), de la Clinique de reproduction et des Parents and Families of Lesbians and Gays, dont les mandats englobent l'ensemble de la province. De manière générale, les organismes interrogés dans le cadre de notre enquête se trouvent à Moncton, à St. John et à Fredericton, et leur champ d'intervention comprend le sud et le sud-est de la province, surtout le sud de la côte acadienne. La plupart de ces organismes ne répondent pas aux besoins des comtés du nord. Au moins un organisme, la Clinique de reproduction, étend ses services à l'Île-du-Prince-Édouard.

Étapes de la vie

Comme c'est le cas dans les autres provinces, les organismes interrogés au Nouveau-Brunswick attachent énormément d'importance aux questions qui touchent les jeunes et les enfants, mais ici, l'accent est mis davantage sur le soutien aux familles. Des organismes tels que Parents and Families of Lesbians and Gays, le Centre de ressources et de crises familiales Beauséjour, le programme Parents adolescents responsables des Infirmières de l'Ordre de Victoria et le Programme des centres de santé sexuelle/santé publique du Nouveau-Brunswick, offrent tous du soutien et des services, des activités éducatives et de la formation essentiellement axés sur les jeunes et/ou les enfants dans les familles.

Approche en amont

Au Nouveau-Brunswick, les organismes interrogés ne misent pas actuellement sur les politiques publiques ni sur l'amélioration des connaissances. En revanche, sur le plan du renforcement des capacités des collectivités, le Centre de ressources et de crises familiales Beauséjour est l'un des partenaires locaux à mener une campagne d'envergure provinciale « Caring Partnerships », qui vise à éliminer la violence familiale (notamment la violence sexuelle). Il s'emploie entre autres à distribuer sur Internet une trousse destinée à faciliter le développement d'organismes communautaires.

Groupes marginalisés

Parmi les organismes du Nouveau-Brunswick qui oeuvrent auprès de sous-groupes vulnérables figurent Parents and Families of Lesbians and Gays, le centre Coverdale (qui s'occupe des femmes aux prises avec la justice) et l'Association multiculturelle du Grand Moncton (qui s'intéresse aux immigrants).

Problèmes critiques

Compte tenu des données indiquant une forte progression des infections à VIH au Nouveau-Brunswick l'an dernier, et des risques d'exposition liés à l'utilisation de drogues injectables, qui a toujours été élevé, il y a de toute évidence lieu d'adopter une stratégie globale de lutte contre le VIH/sida dans cette province. La décision récente d'offrir des tests anonymes de dépistage du VIH, un réseau d'organismes communautaires d'aide en matière de sida et les centres provinciaux de santé sexuelle contribueront pour beaucoup à l'application d'une telle stratégie.

Les taux élevés d'agressions sexuelles retiennent l'attention de la plupart des organismes qui ont recours entre autres au renforcement des capacités en amont et à la recherche pour améliorer les connaissances sur la violence sexuelle.